

2 La struttura del SSN¹

di Francesca Lecci e Angela Liotta

2.1 Premessa

Il capitolo fornisce una visione d'insieme del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano, della sua organizzazione e delle sue attività, con un'attenzione particolare ai cambiamenti che ne hanno caratterizzato l'evoluzione negli ultimi anni.

Il modello di analisi adottato è quello economico aziendale (presentato nel capitolo 1). Dopo una disamina delle fonti informative utilizzate per la rilevazione dei dati (§ 2.2), gli elementi che vengono approfonditi sono i seguenti:

- ▶ assetti istituzionali dei singoli Servizi Sanitari Regionali (SSR), vale a dire numerosità e tipologia di aziende, assetto dell'apparato amministrativo regionale, mobilità dei Direttori Generali (§ 2.3);
- ▶ scelte di assetto tecnico (configurazione fisico-tecnica delle aziende) e di dimensionamento dell'organismo personale (in termini quali-quantitativi) (§ 2.4);
- ▶ dati di output in termini di tipologia, volume e qualità delle prestazioni erogate (§2.5). Rispetto al Rapporto OASI 2008, il livello di aggiornamento presentato nel capitolo è, tuttavia, minimo, dal momento che non sono stati ancora resi pubblici in maniera completa i dati SDO 2007 e mancano tutti i dati relativi alle attività territoriali erogate nel 2007;
- ▶ bisogni sanitari, livelli di soddisfazione e domanda espressa dagli utenti, che rappresentano, insieme ai prestatori di lavoro, i soggetti nell'interesse dei quali l'azienda opera (§ 2.6). Tale analisi dovrebbe rappresentare la base per la definizione delle scelte strategiche e organizzative di aziende e Regioni e la valutazione di quanto i servizi prodotti siano «soddisfacenti» per la collettività in relazione alle risorse utilizzate (valutazione dell'economicità).

¹ Questo capitolo aggiorna ed amplia il secondo capitolo del Rapporto OASI 2008. Sebbene il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, i §§ 2.1, 2.2, 2.3, 2.5 e 2.6 sono da attribuirsi a Francesca Lecci, il § 2.4 ad Angela Liotta.

2.2 Analisi delle fonti informative

Le fonti informative utilizzate nel presente capitolo sono molteplici. Esse possono essere classificate in base agli argomenti affrontati nei diversi paragrafi.

- ▶ Rispetto al tema degli assetti istituzionali dei singoli SSR (§ 2.3), la base informativa è alimentata in larga parte dai dati raccolti attraverso una delle attività di OASI, che consiste nell'invio annuale a tutte le regioni di un questionario strutturato in materia di assetti istituzionali (quadro normativo, trasformazioni giuridiche, creazione di nuovi soggetti, numero di strutture di ricovero, nomina e revoca dei direttori generali delle aziende sanitarie). In alcuni casi, le informazioni riportate sintetizzano i risultati di indagini ad hoc condotte da istituti pubblici (come ad esempio, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali – Age.na.s) o da altri centri di ricerca.
- ▶ Riguardo alla struttura (configurazione fisico-tecnica e organismo personale delle aziende) e alle attività del SSN (§§ 2.4 e 2.5), le elaborazioni presentate si fondano sui flussi informativi ministeriali del SIS (Sistema Informativo Sanitario) aggiornati, generalmente, a due anni prima dell'anno in corso. I dati sono alimentati prevalentemente dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO)² e dai flussi informativi attivati con il D.P.C.M. 17/05/1984, rinnovati ed ampliati con successivi Decreti Ministeriali (l'ultimo decreto di riferimento è quello del 23-12-1996). I dati raccolti dal SIS sono poi organizzati e presentati in maniera organica in due pubblicazioni annuali del Ministero della Salute: «Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO» e «Attività di ricovero ospedaliero». Rispetto a quest'ultima pubblicazione si segnala che, a partire dal 2006, il flusso ministeriale relativo alla rilevazione delle attività ospedaliere ha subito un rallentamento, il che ha portato alla diffusione del Rapporto «Attività di ricovero ospedaliero» 2006 solo nel corso del 2009, laddove già a partire da ottobre 2008 erano state rese disponibili un numero limitato di informazioni di sintesi sui dati 2007.
- ▶ Per la parte relativa all'outcome (bisogni sanitari e domanda espressa dagli utenti) del SSN (§ 2.6), i dati analizzati fanno riferimento a fonti individuate di volta in volta, in base alla significatività per l'oggetto di analisi e all'anno di aggiornamento (per esempio, l'indagine multiscopo dell'ISTAT relativa a «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari», l'analisi dell'Age.na.s sulle liste di attesa, le indagini di AIOP o del Ministero della salute sul livello di soddisfazione verso i servizi sanitari da parte dei cittadini, ecc.).

² Attraverso le SDO il Ministero rileva i dati di attività delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate alle pubbliche e degli istituti privati (case di cura accreditate e non).

A fronte di questa disamina delle principali fonti informative, è opportuno sottolineare alcune carenze di sistematicità nelle rilevazioni effettuate dal SIS.

Il SIS, fino ad oggi prevalentemente centrato sulle strutture ospedaliere e sulla rendicontazione delle loro attività, è stato negli ultimi anni oggetto di revisione. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano ha siglato, il 22 febbraio 2001, l'Accordo Quadro per lo sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS). Il protocollo d'intesa del 23 marzo 2005 e, successivamente, il «Patto per la Salute» del 28 settembre 2006 hanno ribadito l'utilizzo del NSIS per le misure di qualità, efficienza ed appropriatezza del SSN, evidenziando il conferimento dei dati al SIS «fra gli adempimenti a cui sono tenute le Regioni».

La corretta progettazione e lo sviluppo del NSIS hanno richiesto la disponibilità di un linguaggio comune³ per consentire l'interscambio informativo con i SSR. A tal fine, si è reso necessario avviare una progettualità parallela e complementare a quella del NSIS, finalizzata alla costruzione dei «Mattoni del SSN». Il progetto, approvato nella Conferenza Stato – Regioni del 10 dicembre 2003, ha individuato 15 gruppi di lavoro che prevedevano un forte coinvolgimento delle Regioni, nonché del Ministero della Salute, delle Agenzie sanitarie regionali, dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e di esperti del mondo medico e scientifico. Le tematiche affrontate dai Mattoni SSN sono articolabili in tre aree, che confluiscono tutte nella base dati NSIS: i Mattoni relativi a classificazioni e codifiche, quelli riferiti alle metodologie di analisi, quelli che si interessano dei contenuti informativi. Ad oggi i 15 Mattoni risultano formalmente conclusi e, di conseguenza, anche il completo avviamento del NSIS⁴.

2.3 Gli assetti istituzionali dei SSR

Secondo la dottrina economico-aziendale, l'assetto istituzionale delle aziende può essere visto come l'insieme delle forme e delle regole che definiscono le modalità di rappresentanza e temperamento degli interessi che convergono sulle aziende stesse (Airoldi, Brunetti e Coda 1994). Nelle aziende sanitarie pubbliche i portatori di interessi istituzionali sono la collettività di riferimento e i prestatori di lavoro. La collettività di riferimento partecipa al governo dell'azienda attraverso la rappresentanza politica. In particolare, a seguito del processo di regiona-

³ In particolare si è evidenziata la necessità di disporre di: (i) dati classificati e codificati in modo omogeneo; (ii) approcci omogenei per la creazione, a livello locale, dei dati resi poi disponibili al livello regionale e nazionale e (iii) metodologie condivise per la costruzione delle misure per il bilanciamento tra qualità e costi nel sistema sanitario.

⁴ Per maggiori informazioni sui risultati di ciascun dei 15 mattoni si rimanda al sito istituzionale: <http://www.mattoni.ministerosalute.it/mattoni/mattoni.jsp>.

lizzazione del SSN, è possibile identificare prevalentemente nelle regioni i rappresentanti della popolazione. E sono le regioni che, in qualità di capogruppo⁵ del sistema regionale, devono:

1. ridisegnare l'apparato amministrativo regionale e gli strumenti di governo del SSR;
2. stabilire la struttura del gruppo, in termini di combinazioni economiche con autonomia giuridica ed economica (le aziende del gruppo);
3. definire il sistema delle deleghe per il governo economico delle aziende (nomina degli organi di direzione di massimo livello, costituzione di organi collegiali rappresentativi dei differenti interessi, ecc.);
4. delinearne le politiche complessive del sistema;
5. progettare le norme generali per l'organizzazione e il funzionamento delle aziende del gruppo.

Rispetto a tali competenze, in appendice vengono elencate le principali normative regionali che regolano i diversi aspetti, aggiornate sulla base della scheda di raccolta dati inviata a tutte le regioni nella primavera 2009. Nel prosieguo:

- ▶ si analizzano le scelte regionali in tema di definizione della struttura del gruppo, cioè di individuazione delle aziende (§ 2.3.1);
- ▶ si riportano in sintesi le principali considerazioni rispetto ai temi degli apparati amministrativi dei SSR e dei PSR (§ 2.3.2);
- ▶ si approfondisce la mobilità dei Direttori Generali, come tema chiave delle modalità di esercizio delle prerogative di governo delle aziende da parte della regione (§ 2.3.3).

Si rimanda invece:

- ▶ al capitolo 5 del Rapporto OASI 2009 per un'analisi dell'equilibrio economico dei diversi SSR;
- ▶ al capitolo 6 del Rapporto OASI 2009 per una ricognizione delle esperienze

⁵ Il termine «capogruppo» può essere inteso secondo un'accezione ristretta ed una più ampia. «Nel primo caso il riferimento è esclusivamente al ruolo di governo del SSR esercitato dalla Regione in qualità di proprietaria della rete pubblica, attraverso gli strumenti diretti di indirizzo e controllo tipici della «proprietà». Secondo un'accezione più ampia (accolta in questo capitolo) il termine «capogruppo» si riferisce alla Regione in quanto soggetto che governa il sistema sanitario, indipendentemente dalle modalità di esercizio di tali prerogative. Le modalità possono essere infatti diverse: alcune regioni utilizzano ampiamente gli strumenti di indirizzo e controllo tipici della «proprietà», mentre altre tendono a stabilire regole che definiscono le convenienze dei diversi soggetti e li orientano verso gli obiettivi della Regione, pur valorizzandone l'autonomia. Nel secondo caso la Regione si configura principalmente come soggetto regolatore e controllore «terzo» del sistema, che limita il proprio coinvolgimento diretto nella funzione di gestione dei servizi» (Cantù 2002: 22).

- regionali di definizione dei tariffari a partire dall'analisi dei costi, al capitolo 6 del Rapporto OASI 2007 per l'analisi dei sistemi tariffari regionali per le prestazioni di ricovero e al capitolo 5 del Rapporto OASI 2004 per l'analisi dei sistemi regionali di finanziamento degli investimenti;
- ▶ al capitolo 7 del Rapporto OASI 2009 per un'analisi delle esperienze regionali sulle reti oncologiche e al Capitolo 5 del Rapporto OASI 2008 per un'analisi della configurazione delle reti ospedaliere;
 - ▶ al capitolo 8 del Rapporto OASI 2009 per una disamina della nuova convenzione nazionale per la medicina generale;
 - ▶ al capitolo 6 del Rapporto OASI 2008 per una comparazione regionale in tema di composizione professionale del personale e di meccanismi retributivi;
 - ▶ al capitolo 7 del Rapporto OASI 2008 per una presentazione delle principali esperienze regionali di centralizzazione dei processi di acquisto;
 - ▶ al capitolo 5 del Rapporto OASI 2007 per una disamina dei sistemi di accreditamento nei diversi SSR⁶;
 - ▶ al capitolo 8 del Rapporto OASI 2007 per un'analisi delle modalità di governo dell'assistenza farmaceutica;
 - ▶ al capitolo 6 del Rapporto OASI 2005 per una presentazione delle indicazioni contenute nelle leggi regionali di organizzazione e nei PSR in merito all'assetto organizzativo delle aziende.

2.3.1 Le aziende del «gruppo sanitario pubblico regionale»

Tutte le regioni, in qualità di capogruppo, devono stabilire la struttura del gruppo, individuando le aziende sanitarie pubbliche che lo compongono. Specificamente, esse devono: (i) ridefinire l'articolazione del territorio regionale in ASL; (ii) decidere se e come costituire in aziende autonome (Aziende Ospedaliere – AO) gli ospedali di rilievo nazionale, di alta specializzazione e, più in generale, quelli individuati dalla regione stessa; (iii) definire il ruolo di IRCCS e policlinici pubblici all'interno del sistema regionale; (iv) identificare eventuali altri soggetti (per esempio, ESTAV, Fondazioni, ecc.).

Tale autonomia si è concretizzata in scelte molto diverse, che hanno determinato una forte eterogeneità interregionale in termini di (i) numero e dimensione media delle ASL e delle AO; (ii) numero di presidi ospedalieri lasciati alla gestione diretta delle ASL e conseguente estensione dei meccanismi di «quasi mercato»; (iii) presenza di altri soggetti nel gruppo sanitario pubblico regionale.

La Tabella 2.1 presenta l'evoluzione del numero di ASL e AO nelle diverse Regioni dal 1992 ad oggi e le loro dimensioni medie.

⁶ Rispetto a questo tema si rimanda anche ad un recente studio condotto dall'Agenas (ex ASSR) «Ricognizione delle norme regionali sull'accreditamento istituzionale in riferimento alla legge n. 296/2006 (finanziaria 2007)» aggiornato a marzo del 2008.

Tabella 2.1 Numero di ASL e AO e dimensioni medie

	ASL				AO				PL utilizzati medi per stabilimento AO** 2007	PL utilizzati medi per stabilimento AO** 2009		
	Numero ante 502/92	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/09	Popolazione media 2009	N. medio presidi a gest. diretta* 2009	PL utilizzati medi per presidio a gest. diretta* 2009	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/01			Numero al 30/06/09	N. medio al stabilimenti AO** 2009
Piemonte	63	22	13	338.559	4,7	142	7	7	8	2,0	611	326
Valle d'Aosta	1	1	1	125.979	1,0	415	-	-	0	-	-	-
Lombardia	84	44	15	642.827	0,1	225	16	27	29	3,3	722	209
Bolzano	4	4	1	493.910	7,0	239	-	-	0	-	-	-
Trento	11	1	1	513.357	11,0	145	-	-	0	-	-	-
Veneto	36	22	21	230.111	2,2	182	2	2	2	1,5	1.459	973
Friuli V. G.	12	6	6	203.677	1,3	109	3	3	3	2,0	767	383
Liguria	20	5	5	378.282	1,2	281	3	3	1	1,0	702	702
Emilia R.	41	13	11	388.709	1,9	232	5	5	5	1,0	986	986
Toscana	40	12	12	306.421	2,2	217	4	4	4	1,0	863	863
Umbria	12	5	4	221.113	2,3	139	2	2	2	1,5	615	410
Marche	24	13	1	1.553.063	29,0	105	3	4	2	2,0	594	297
Lazio***	51	12	12	463.418	4,6	134	3	3	4	1,8	584	365
Abruzzo	15	6	6	220.665	3,5	180	-	-	-	-	-	-
Molise	7	4	1	320.838	4,0	184	-	-	-	-	-	-

Tabella 2.1 (segue)

	ASL					AO							
	Numero ante 502/92	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/01	Popolazione media 2009	N. medio presidi a gest. diretta* 2009	PL utilizzati medi per presidio a gest. diretta* 2007	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/09	N. medio al stabilimenti AO** 2009	PL utilizzati medi per stabilimento AO** 2007	PL utilizzati medi per stabilimento AO** 2007	
Campania	61	13	13	7	830.199	5,4	122	7	8	8	1,1	517	413
Puglia	55	12	12	6	679.424	4,5	290	4	6	2	1,0	1.051	1.051
Basilicata	7	5	5	2	295.501	6,5	88	1	1	1	2,0	400	400
Calabria	31	11	11	6	334.618	5,5	89	4	4	4	2,3	426	189
Sicilia	62	9	9	9	558.854	6,1	81	16	17	5	3,0	351	239
Sardegna***	22	8	8	8	208.202	3,6	128	1	1	1	1,0	497	497
ITALIA	659	228	197	148	402.833	3,4	156	81	97	81	2,3	640	312

* Si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpatisi (ex art. 4 c. 9 Digs 502/92).

** Per stabilimenti di AO si intendono tutte le sedi fisiche ubicate ad indirizzi differenti.

*** Dati aggiornati al 30/06/2008, dal momento che non è pervenuta la Scheda Regionale.

Fonte: OASI e elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Rispetto all'anno scorso, si registrano modifiche significative nelle regioni Campania, Sicilia e Liguria (tutte interessate dai Piani di Rientro).

La Campania, con L.R. 16 del 28/11/2008, ha ridotto da 13 a 7 il numero delle ASL. In particolare, sono state create 4 ASL corrispondenti alle province di Avellino (ex ASL AV1 e AV2), Caserta (ex ASL CE1 e CE2), Benevento (ex ASL BN) e Salerno (ex ASL SA1, SA2 e SA3). Sulla Provincia di Napoli insistono 3 ASL: l'ASL Napoli 1 (ex ASL NA1); l'ASL Napoli 2 (ex ASL NA2 e NA3) e l'ASL Napoli 3 (ex ASL NA4 e NA5).

Anche la Sicilia ha riorganizzato in maniera profonda il proprio SSR. Con L.R. 5 del 14/04/2009, ha infatti creato 9 Aziende Sanitarie Provinciali, 3 Aziende Ospedaliere di riferimento regionale e 2 Aziende Ospedaliere di Rilievo Nazionale e Alta Specializzazione (ARNAS). Le informazioni di dettaglio sulle nuove aziende del gruppo pubblico regionale siciliano sono riassunte nelle Tabella 2.2 e nella Tabella 2.3.

Tabella 2.2 **Le nuove ASP della Regione Siciliana**

Azienda Sanitaria Provinciale	Ex Aziende
Agrigento	AUSL 1 AG AO S. Giovanni di Dio (Agrigento) AO di Sciacca
Caltanissetta	AUSL 2 CL AO S. Elia (Caltanissetta) AO Vittorio Emanuele (Gela)
Catania	AUSL 3 CT AO Gravina (Caltagirone)
Enna	AUSL 4 EN AO Umberto I (Enna)
Messina	AUSL 5 ME
Palermo	AUSL 6 PA (escluso PO Casa del Sole) ⁷ PO Villa delle Ginestre (Ex Stabilimento AO Villa Sofia)
Ragusa	AUSL 7 RG AO OMPA (Ragusa)
Siracusa	AUSL 8 SR AO Umberto I (Siracusa)
Trapani	AUSL 9 TP AO S. Antonio Abate (Trapani)

⁷ Il Presidio Ospedaliero «Casa del Sole» è stato assegnato, con la sua dotazione di personale e beni, alla neo costituita Azienda Ospedaliera «Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello».

Tabella 2.3 **Le nuove AO della Regione Siciliana**

Tipologia	AO	Ex Aziende
AO di riferimento regionale	AO per l'emergenza Cannizzaro	AO Cannizzaro
	AO Ospedali Riuniti Papardo – Piemonte	AO Papardo AO Piemonte
	AO Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello	AO Villa Sofia (escluso PO Villa delle Ginestre) AO Cervello
AO di rilievo nazionale e alta specializzazione	ARNAS Garibaldi	AO Garibaldi di Catania
	ARNAS Civico – Di Cristina – Benfratelli	ARNAS Ospedale Civico Di Cristina

Infine, con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 8 del 28 febbraio 2008, la Liguria ha determinato la cessazione, con decorrenza 30 giugno 2008, dell'Azienda Ospedaliera «Ospedale S. Corona» e dell'Azienda Ospedaliera «Villa Scassi», che sono confluite, rispettivamente, nell'ASL 2 Savonese e nell'ASL 3 Genovese. Pertanto, l'unica AO attiva in Liguria è l'Azienda Ospedaliera «S. Martino» di Genova.

Riguardo alle altre regioni che nel corso degli ultimi due anni hanno avviato processi di riorganizzazione del SSR (Calabria, Puglia, Piemonte e Bolzano) si segnala il ritardo della Calabria nel portare a termine i processi di accorpamento delle ASL avviati due anni fa: rispetto alle 5 ASL provinciali previste (Catanzaro, Cosenza, Reggio Calabria, Vibo Valentia e Crotona), ad oggi ne risultano attive ancora 6, in quanto l'accorpamento delle ASL di Locri e di Reggio Calabria non è ancora stato avviato a causa di prolungati commissariamenti straordinari, in attesa dell'accordo con il Ministero dell'Interno.

Il Box 2.1 riporta le principali modifiche nel numero di ASL e AO avvenute dal 1996 al 30/06/2009. Nel biennio 1994-95 la maggior parte delle regioni aveva provveduto al riassetto del proprio SSR in attuazione del D.Lgs. 502/92. Dal 1996, le revisioni erano state rare, con l'unica eccezione della Lombardia. Dal 2002 ha, invece, preso avvio una nuova stagione di revisione degli assetti di sistema, in cui gli interventi di «ingegneria istituzionale», già avviati o comunque proposti⁸, si sono moltiplicati.

Innanzitutto molte regioni hanno provveduto alla ridefinizione di ASL e AO: il riordino dei SSR siciliano, campano, pugliese⁹, calabrese, piemontese e lucano e

⁸ Ad esempio, in Friuli Venezia Giulia sono stati ipotizzati diversi scenari di accorpamenti di ASL (creazione dell'ASL unica regionale, riduzione del numero complessivo delle ASL da 6 a 3 ecc.) e in Abruzzo è stata presentata una proposta per la riduzione delle ASL a 4 e la creazione di 2 AO (Chieti e L'Aquila).

⁹ Il riordino del SSR pugliese si è articolato in due fasi: nel 2002 con la soppressione di 4 AO e nel 2006 con l'accorpamento delle ASL sub provinciali in aziende più grandi coincidenti con il territorio provinciale.

del Servizio Sanitario Provinciale di Bolzano; il completamento del riassetto del SSR lombardo con la trasformazione dell'AO Morelli di Sondalo nell'AO di Valtellina e Valchiavenna; l'accorpamento di tre aziende sanitarie nell'ASL di Bologna; la creazione dell'ASREM in Molise; la fusione per incorporazione di tre aziende nell'AO «Umberto I» e la creazione dell'ASUR nelle Marche. Il quadro attuale vede, dunque, il passaggio di molte regioni ad ASL sostanzialmente provinciali (e addirittura ASL uniche regionali in Valle d'Aosta, Trento, Bolzano, Marche e Molise) e la soppressione di numerose AO.

Da un punto di vista dimensionale (Tabella 2.1), si evidenzia una popolazione media per ASL intorno ai 402.000 abitanti (un dato superiore a quello del 2008, dovuto ai processi di accorpamento e fusione appena presentati), con un massimo rappresentato dall'ASUR marchigiana (1.553.063 abitanti) seguito dalle ASL campane (830.199 abitanti) e pugliese (679.424 abitanti) ed un minimo da quella della Valle D'Aosta (poco più di 125.000). Si segnala, inoltre, che nelle regioni Veneto, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Abruzzo e Sardegna la popolazione media delle ASL è inferiore a 250.000 abitanti. La medesima tabella mostra:

- ▶ una media di circa 3,4 presidi a gestione diretta delle ASL (cfr. *infra*) con una dimensione media di 156 posti letto¹⁰; rispetto a questo ultimo indicatore si segnala peraltro una variabilità interregionale particolarmente elevata;
- ▶ una maggiore dimensione media delle AO dell'Italia del Nord (con un numero di posti letto superiori alla media nazionale, tranne che in Piemonte) insieme a Toscana, rispetto a quelle del Centro-Sud (solo in Puglia le AO hanno dimensioni superiori alla media);
- ▶ l'elevato numero medio di posti letto degli stabilimenti gestiti dalle AO venete, emiliane, toscane, pugliesi in seguito alla scelta regionale di costituire in AO solo gli ospedali di maggiori dimensioni, soprattutto quelli in cui l'attività ospedaliera è svolta congiuntamente con l'Università;
- ▶ la peculiarità della scelta lombarda, evidenziata sia dal numero medio di strutture di ricovero per azienda (0,1 presidi a gestione diretta per ASL e 3,3 stabilimenti per AO, rispetto ad una media nazionale rispettivamente di 3,4 e 2,3¹¹), sia dalla limitata dimensione media degli stabilimenti di AO, in quanto sono stati costituiti in AO anche ospedali di dimensioni ridotte, accorpandoli tra loro;
- ▶ un numero medio di presidi a gestione diretta sostanzialmente invariato rispet-

¹⁰ L'indicatore PL medi per presidio ospedaliero è calcolato come rapporto tra i dati di PL utilizzati aggiornati al 2007 e pubblicati dal Ministero della Salute sul rapporto annuale «Attività economiche e gestionali delle ASL e AO» e il numero dei presidi ospedalieri a gestione diretta aggiornati al 2007 rilevato dall'attività istituzionale di OASI.

¹¹ Si segnala peraltro che, in generale, i dati medi nazionali riferiti alle AO risultano fortemente influenzati dai dati lombardi, dato che le AO lombarde rappresentano più di un terzo del totale nazionale.

to al 2008. Tuttavia si segnalano delle variazioni in alcune regioni (riduzione del numero di presidi a gestione diretta in Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Marche, Abruzzo, Molise e Campania; un aumento in Piemonte, Calabria e Sicilia), dovute, prevalentemente, alla soppressione di alcune AO e alla conseguente assegnazione dei presidi ospedalieri alle ASL di riferimento sul territorio, nonché ai processi di accorpamento delle ASL di cui si è detto nelle pagine precedenti.

Le modifiche di ASL e AO sono state affiancate da ulteriori interventi che si caratterizzano per rilevanti elementi di innovazione rispetto all'«ortodossia del SSN». Le regioni, forti del «federalismo fiscale e sanitario», hanno, infatti, proceduto in modo autonomo:

- ▶ introducendo nuovi soggetti istituzionali;
- ▶ prevedendo nuovi meccanismi che legano tra loro le diverse aziende, in particolare attraverso la creazione di livelli di coordinamento intermedi tra la regione e le aziende stesse, non necessariamente dotati di personalità giuridica;
- ▶ accentrando a livello regionale alcune decisioni strategiche e funzioni amministrative.

La finalità principale dei cambiamenti negli assetti istituzionali sembra essere la ricerca di soluzioni che permettano la riconnessione e messa in rete delle aziende (autonome ma che condividono risorse, ambienti di azione e, in parte, obiettivi e finalità), per ricercare sinergie ed eliminare duplicazioni¹². A ciò si aggiunge, in alcuni casi, l'esigenza di restituire influenza a stakeholder diversi dalla regione come, ad esempio, gli enti locali. A quest'ultimo riguardo, un esempio è la costituzione in Toscana delle Società della Salute (SdS) che, come affermava il PSR 2002-2004 e come conferma il PSR 2005-2007, «ha come fine istituzionale la salute e il benessere sociale e non solo l'offerta di prestazioni e ha come presupposto quello

¹² La tendenza delle regioni a modificare i propri assetti istituzionali per rispondere all'aumento delle difficoltà di gestione del SSR (derivanti dalla crescita dei bisogni e della domanda, dalla scarsità delle risorse e dalle responsabilità derivanti dai nuovi assetti federalistici) potrebbe anche essere determinata da una sorta di riflesso condizionato che spinge a vedere le riforme di sistema come la risposta per eccellenza a tutti i problemi di funzionamento. A questo è necessario aggiungere, però, che negli anni '90 il SSN è stato caratterizzato da generali fenomeni di deintegrazione, al fine di conseguire una specializzazione sia istituzionale (es. scorporo delle aziende ospedaliere), sia gestionale-organizzativa (diffusione dell'outsourcing anche per attività precedentemente considerate *core*). Attualmente è invece pressante la necessità, da una parte, di evitare ridondanze e duplicazioni e, dall'altra, di fare emergere e catturare le sinergie potenzialmente disponibili in sistemi popolati da attori caratterizzati da missioni diverse. Forse si è aperta una fase «segnata dai problemi relativi al coordinamento di reti complesse e dalla ricerca delle migliori condizioni che rendono possibile il perseguimento di una razionalità di sistema senza che ciò implichi necessariamente l'esistenza di poche aziende fortemente integrate» (Del Vecchio 2003: 291). A tal proposito si segnala che uno dei principali aspetti su cui le regioni hanno investito sono stati i processi di centralizzazione degli acquisti.

di favorire la partecipazione alle scelte in merito ai servizi socio-sanitari dei cittadini che, attraverso le loro rappresentanze istituzionali e associative, ne fanno parte». Si tratta, quindi, di consorzi pubblici i cui soci sono i Comuni che afferiscono a una zona-distretto e l'AUSL di riferimento. Nel territorio regionale sono previste complessivamente 34 SdS; al momento ne sono state attivate 18¹³. Gli organi della SdS sono la Giunta, composta da Sindaci o Assessori delegati dei Comuni e dal Direttore Generale dell'AUSL, il Presidente, individuato tra i rappresentanti dei Comuni presenti nella Giunta, il Collegio dei Revisori e il Direttore.

Box 2.1 Modifiche nel numero di ASL e AO dal 31/12/95 al 30/06/09

PIEMONTE

2004 Istituzione dell'ASO Ordine Mauriziano di Torino (LR 39/04)

2006 Riassetto del SSR: fusione in 7 nuove ASL di 16 delle 22 ASL esistenti : ASL TO1 per accorpamento di 2 ASL, ASL TO2 per accorpamento di 2 ASL, ASL 3 per accorpamento di 2 ASL, ASL 4 per accorpamento di 2 ASL, ASL 5 per accorpamento di 2 ASL, ASL 10 per accorpamento di 3 ASL, ASL 13 per accorpamento di 3 ASL.

LOMBARDIA

1997 Definizione dei nuovi ambiti territoriali delle ASL (LR 31/97), che sono passate da 44 a 14.

1997 Costituzione di 11 nuove AO (Del CR 742/97).

1998 Costituzione dell'ASL di Vallecmonica-Sebino (LR 15/98).

2002 Costituzione di 2 nuove AO: Provincia di Lodi e Provincia di Pavia (Del CR 401/02)

2003 Trasformazione dell'AO Morelli di Sondalo nell'AO di Valtellina e Valchiavenna, con acquisizione dei presidi a gestione diretta dell'ASL di Sondrio (Del CR 747/03). Attualmente solo l'ASL della Valcamonica continua a gestire direttamente due ospedali (Edolo ed Esine).

BOLZANO

2007 Accorpamento delle ASL di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico nell'Azienda Sanitaria Provinciale dell'Alto Adige (LP 9/2007).

¹³ Con L.R. 40/2005 la regione Toscana ha previsto l'istituzione dell'organo (denominato conferenza regionale delle società della salute) attraverso il quale gli EE.LL. e le aziende sanitarie partecipano alla definizione delle politiche regionali in materia sanitaria e sociale ed al coordinamento della programmazione a livello regionale e locale. La conferenza regionale delle società della salute è copresieduta dagli assessori regionali competenti per materia ed è composta da: (i) i presidenti delle società della salute; (ii) laddove non costituite le società della salute, i presidenti delle conferenze zonali dei sindaci. La conferenza regionale delle società della salute: a) esprime parere sulle proposte di legge e di regolamento in materia sanitaria e sociale; b) esprime parere sulla proposta di piano sanitario e sociale integrato regionale; c) esprime parere sugli indirizzi emanati dalla Giunta regionale relativamente alla programmazione sanitaria e sociale integrata di livello locale, con riferimento ai piani integrati di salute; d) individua i criteri per la determinazione del fabbisogno complessivo di risorse; e) individua i criteri per il riparto tra le zone-distretto delle risorse finanziarie; f) individua, d'intesa con la Giunta regionale, il numero e la composizione delle zone-distretto delle aziende unità sanitarie locali.

VENETO

1996 Accorpamento delle ULSS 11 Venezia e 12 Mestre (Del GR 6368/96).

LIGURIA

2008 Soppressione dell'Azienda Ospedaliera «Ospedale S. Corona» e dell'Azienda Ospedaliera «Villa Scassi».

EMILIA ROMAGNA

2003 Istituzione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna (LR 21/03) che accorpa le tre ASL della provincia di Bologna (ASL Città di Bologna, Bologna Sud e Bologna Nord), con esclusione della ASL di Imola.

MARCHE

1996 Costituzione dell'AO Umberto I Torrette di Ancona (Del GR 3959/96).

2003 Riorganizzazione del SSR (LR 13/03) con: (i) la costituzione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale in cui sono state accorpate le precedenti 13 ASL; (ii) la fusione per incorporazione nell'Azienda Ospedaliera «Umberto I» delle Aziende ospedaliere «G.M. Lancisi» e «G. Salesi» (queste ultime hanno assunto, con la fusione, la natura di presidi di alta specializzazione nell'ambito della nuova azienda ospedaliera).

UMBRIA

1998 Incorporazione dell'ASL di Orvieto nell'ASL di Terni (LR 3/98).

LAZIO

1999 Costituzione dell'AO Universitaria S. Andrea (DPCM 22 luglio 1999), che ha inizialmente svolto solo attività ambulatoriale, mentre dal 2002 eroga anche prestazioni di ricovero.

MOLISE

2005 Riorganizzazione del SSR (LR 9/05) con la costituzione dell'Azienda sanitaria regionale Molisana (ASREM), in cui sono state accorpate le precedenti 4 ASL.

CAMPANIA

1997 Costituzione dell'AO «Cotugno» tramite scorporo dall'AO «Monaldi Cotugno» di Napoli (Del GR 8048/97 e 22782/97).

2008 Riorganizzazione del SSR con la creazione di 4 ASL provinciali (Avellino, Benevento, Caserta e Salerno), in virtù della fusione delle rispettive ASL sub provinciali, e di 3 ASL nella Provincia di Napoli: Napoli 1, Napoli 2 (accorpamento delle ASL NA2 e NA 3) e Napoli 3 (accorpamento delle ASL NA4 e NA 5).

PUGLIA

1996 Costituzione dell'AO SS. Annunziata di Taranto (Decreto Pres GR 53/96).

1997 Costituzione dell'AO Ospedali Riuniti di Foggia (Decreto Pres GR 44/97).

2002 Soppressione di 4 AO (su 6 restano solo AO Ospedali Riuniti di Foggia e AO Policlinico di Bari) (Del GR 1429/02).

2006 Riassetto del SSR: fusione in 3 nuove ASL di 9 ASL: ASL BA per accorpamento delle ASL BA/2, BA/3, BA/4, BA/5; ASL FG per accorpamento delle ASL FG/1, FG/2 e FG/3; ASL LE per accorpamento delle ASL LE/1 e LE/2 (LR 39/2006).

CALABRIA

2007 Riassetto del SSR: fusione in 3 ASL di 9 delle 11 ASL esistenti : ASL di Cosenza per accorpamento delle ASL Paola, Castrovillari, Rossano e Cosenza; ASL di Catanzaro per accorpamento delle ASL Lamezia Terme e Catanzaro; ASL di Reggio Calabria per accorpamento delle ASL Locri, Palmi e Reggio Calabria.

BASILICATA

2008 Riassetto del SSR con creazione di due nuove ASL provinciali: ASP (ASL di Potenza) e ASM (ASL di Matera) (LR12/2008).

SICILIA

2009 Riassetto del SSR attraverso la definizione di 9 Aziende Sanitarie Provinciali, 3 Aziende Ospedaliere di riferimento regionale e 2 Aziende Ospedaliere di Rilievo Nazionale e Alta Specializzazione (ARNAS).

Infine, sempre nell'ambito dei cambiamenti istituzionali sono da considerare le modifiche della normativa a livello nazionale per gli IRCCS pubblici (Dlgs 288/03) e le aziende ospedaliero-universitarie¹⁴ (Dlgs 517/99), che hanno comportato dei fenomeni di trasformazione giuridica¹⁵. La spinta al recepimento di queste normative da parte delle regioni è contenuta nell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 23 marzo 2005: all'art. 9 veniva sottolineato che governo e regioni, entro il 31 luglio 2005, si dovevano impegnare, attraverso l'adozione di specifici provvedimenti, a completare sia il processo di aziendalizzazione degli eventuali policlinici universitari sia l'insediamento dei nuovi organi degli IRCCS sulla base della normativa vigente.

La Tabella 2.4 sintetizza le principali innovazioni introdotte nelle diverse regioni relativamente ai temi sopra elencati. Non si segnalano particolari variazioni rispetto a quanto indicato nel Capitolo 2 del Rapporto OASI 2008.

2.3.2 L'apparato amministrativo regionale e i PSR

Per governare il «gruppo sanitario pubblico» e il complessivo SSR, 14 regioni (Tabella 2.5) hanno istituito un'Agenzia Sanitaria Regionale¹⁶ (Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia e Sardegna). Tra queste, il Friuli Venezia Giulia, con L.R. 12 del 23 luglio 2009, ha stabilito, con decorrenza 1 gennaio

¹⁴ Per un approfondimento sul tema del processo di integrazione delle funzioni di ricerca, didattica e assistenza delle AOU si rimanda al capitolo 13 del Rapporto OASI 2008.

¹⁵ Per un maggior approfondimento sulle principali indicazioni delle due normative definite a livello nazionale (D.lgs 288/03 e D.lgs 517/99) si rimanda a Cantù e Carbone (2004).

¹⁶ È utile sottolineare che le Agenzie Sanitarie Regionali sono enti indipendenti dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.na.s), la quale è un ente nazionale con personalità giuridica di diritto pubblico. L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali svolge un ruolo di collegamento e di supporto decisionale per il Ministero della Salute e le Regioni sulle strategie di sviluppo del Servizio sanitario nazionale. L'Agenzia svolge la sua attività in stretta collaborazione con il Ministero della Salute e con le Regioni sulla base degli indirizzi della Conferenza Stato-Regioni Unificata che, con delibera del 20 settembre 2007, ha indicato come obiettivo prioritario e qualificante dell'attività dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali il supporto tecnico-operativo alle politiche di governo condivise tra Stato e Regioni per lo sviluppo e la qualificazione del SSN.

Tabella 2.4 **Le innovazioni introdotte negli assetti istituzionali dei SSR**

Regione	Nuovi soggetti istituzionali o trasformazioni giuridiche (ex Dlgs517/99 e Dlgs288/03)	Iniziative sul piano dei meccanismi che legano le diverse aziende
Piemonte	Trasformazione dell'AO San Giovanni Battista di Torino (Molinette), dell'AO di Novara e dell'AO San Luigi di Orbassano in AO integrate con l'università.	Istituzione di un'area di coordinamento metropolitana (art. 10. c.3 l.r. n. 18/2007) con funzione di coordinamento delle strutture operanti nell'area metropolitana Istituzione di aree di coordinamento sovrazonale (art. 23 l.r. n. 18/2007) per l'approvvigionamento di beni e servizi, gestione dei magazzini, logistica, gestione delle reti informative organizzazione dei centri di prenotazione, funzioni sanitarie da espletarsi a livello di area.
Lombardia	Trasformazione in fondazione dei seguenti IRCCS: Fondazione Policlinico (Milano), San Matteo (Pavia), Istituto Nazionale dei Tumori (Milano), Besta (Milano). Trasformazione delle AO Spedali Civili di Brescia, Fondazione Macchi, San Paolo, Sacco e San Gerardo di Monza in AO integrate con l'Università.	
Bolzano		(**) Presenza di 4 comprensori sanitari dotati di autonomia tecnica gestionale ed economico finanziaria.
Trento	Istituzione della Centrale Acquisti Mercurio per il negozio elettronico	
Veneto	Trasformazione dell'AO di Padova e dell'AO di Verona in AO integrate con l'università.	Istituzione di 5 «Aree Vaste» con funzione di accentramento di alcuni processi gestionali e servizi tecnico-amministrativi.
Friuli Venezia Giulia	Trasformazione dell'AO Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste in AO integrata con l'Università. Creazione di un Ente regionale per la gestione centralizzata degli acquisti e dei servizi amministrativi (Centro Servizi Condivisi – CSC) con LR 20/2004 modificata da LR 1/2007. Accorpamento della AOU Udine e del Policlinico a gestione diretta di Udine e contestuale trasformazione della nuova azienda nell'AO Universitaria integrata con l'Università di Udine.	Istituzione di 3 «Conferenze di area vasta» quali sedi di concertazione delle strategie comuni alle Aziende territoriali, alle Aziende ospedaliere pubbliche e private, all'Istituto Scientifico e al Policlinico universitario che insistono nella stessa area. (D.G.R. n. 3479 del 10-11-2000 «Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nell'anno 2001»).
Liguria	Trasformazione dell'AO San Martino in AO integrata con l'Università.	Istituzione di 3 «aree ottimali» con compiti di programmazione interaziendale e proposta di atti in materia di servizi amministrativi, di personale e di aggiornamenti tecnologici.
Emilia Romagna	Trasformazione delle AO Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna, Arcispedale S. Anna di Ferrara, Policlinico di Modena e Ospedali Riuniti di Parma in AO integrate con l'Università.	Individuazione di tre «Aree Vaste», le cui aziende devono coordinare strategie e processi di acquisto, nonché valutare l'opportunità di unificare la gestione del trattamento economico e delle procedure concorsuali per il personale.
Toscana	Istituzione di tre Enti per i servizi tecnico-amministrativi di «Area Vasta» (ESTAV) – Area Vasta Nord-Ovest, Area Vasta Centro e Area Vasta Sud-Est (artt. 100 e seguenti della LR 40/2005). Avvio di 18 Società della Salute. Trasformazione delle AO Careggi, Pisana, Senese e Meyer in AO integrate con l'Università.	Creazione di tre «Comitati di Area Vasta» con funzione di programmazione sanitaria e consolidamento dei bilanci (art. 9 LR 40/2005).

Tabella 2.4 (segue)

Regione	Nuovi soggetti istituzionali o trasformazioni giuridiche (ex Dlgs517/99 e Dlgs288/03)	Iniziative sul piano dei meccanismi che legano le diverse aziende
Marche		(**) Creazione di cinque Aree Vaste, divenute articolazione dell'ASUR con Deliberazione del Consiglio Regionale 115/2009), per la gestione dei servizi amministrativi e del personale.
Umbria	Istituzione dell'Agenzia «Umbria Sanità» per la gestione integrata delle funzioni tecnico-amministrative delle aziende sanitarie e della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali (LR 17/2005 come modificata dalla LR 16/2007)	
Lazio	Trasformazione dell'AO S. Andrea di Roma in AO integrata con l'Università. (*) Trasformazione dell'Azienda Universitaria Policlinico «Umberto I» in Azienda universitaria integrata con il SSN.	
Campania	Trasformazione dell'Azienda Universitaria Policlinico e del Policlinico Federico II di Napoli in Aziende Ospedaliere universitarie integrate con il SSN. Trasformazione dell'IRCCS Pascale in Fondazione.	
Puglia	Trasformazione delle AO Ospedali Riuniti di Foggia e Policlinico di Bari in AO integrate con l'università. (*) Trasformazione degli IRCCS di diritto pubblico «Oncologico» di Bari e «Saverio De Bellis» di Castellana Grotte (BA) in Fondazioni.	
Calabria	Trasformazione dell'AO Mater Domini in AO integrata con l'Università.	
Sicilia	Trasformazione dei tre Policlinici Universitari a gestione diretta in Aziende Ospedaliere universitarie integrate con il SSN (Azienda Policlinico di Palermo, Azienda Policlinico di Messina, Azienda Policlinico di Catania).	
Sardegna	Trasformazione dei due Policlinici Universitari a gestione diretta in Aziende Ospedaliere universitarie integrate con il SSN (Azienda Policlinico di Cagliari e Azienda Policlinico di Sassari).	

* Iniziativa prevista ma non ancora realizzata.

** Meccanismo di coordinamento tra le macrounità (comprensori, zone ecc.) in cui si articola l'ASL unica regionale.

2010, la soppressione dell'Agenzia e il contestuale trasferimento delle funzioni di quest'ultima alla «Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali», che subentra in tutti i rapporti giuridici, attivi e passivi, della soppressa Agenzia.

La prima Regione a costituire un'agenzia sanitaria regionale è stata l'Emilia Romagna (L.R. 50/94), l'ultima la Sardegna (L.R.10/2006). Ad oggi, in seguito all'istituzione sono state attivate tutte le agenzie istituite, tranne quella della Sardegna.

Tabella 2.5 **Leggi Regionali di istituzione e disciplina delle Agenzie Sanitarie Regionali**

Piemonte	AReSS: L.R. 10/1998
Veneto	ARSS: L.R. 32/2001
Friuli Venezia Giulia	ARS: L.R. 37/1995 soppressa con L.R.12 /2009
Liguria	ASR: L.R. 41/2006, Titolo VII, artt. 62-71
Emilia Romagna	ASR: L.R. 19/1994, modificata da L.R. 50/1994, L.R.4/2008 e D.G.R. 293/2009
Toscana	ARS: L.R. 71/1998, modificata da L.R. .22/2000, L.R. 40/2005 e L.R. 28/2006
Umbria	SEDES: L.R. 17/2005, modificata da L.R. 16/2007
Marche	ARS: L.R. 26/1996, modificata da L.R. 32/2005
Lazio	ASP: L.R. 16/1999, modificata da L.R. 4/2006
Abruzzo	ASR: L.R. 37/1999 e D.G.R. 2311/1999
Molise	ASREM: L.R. 9/2005
Campania	ARSan: L.R. .25/1996
Puglia	AReS: L.R. 24/2001
Sardegna	ARS: L.R. 10/2006

Fonte: aggiornamento OASI 2009

L'istituzione di un'Agenzia pone due problemi fondamentali: in generale, la definizione della sua struttura e delle sue funzioni, in coerenza con il ruolo che la regione intende svolgere nel sistema sanitario e con le competenze dell'Assessorato; più in particolare, l'assetto delle sue relazioni con gli altri soggetti del sistema (Assessorato ma anche Giunta, Consiglio, aziende). Le scelte regionali, a questo riguardo, appaiono molto differenziate. Si rimanda al Capitolo 2 del Rapporto OASI 2008 per la classificazione delle funzioni tipicamente svolte dalle Agenzie sanitarie regionali, così come ricostruite da uno studio dell'Age.na.s, aggiornato ad aprile del 2007.

Con riferimento ai PSR, la Tabella 2.6 riporta l'elenco dei PSR attualmente in vigore o in corso di approvazione¹⁷. Rispetto allo scorso anno sono stati approvati il PSR 2008-2010 della Regione Toscana (Delibera del Consiglio Regionale 53/2008); il PSR 2008-2010 della Regione Molise (L.R. 190/2008) e il PSR 2008-2010 (L.R. 23/2008) della Regione Puglia.

¹⁷ Si rimanda al Capitolo 5 del Rapporto OASI 2005 (Fattore e Lecci, 2005) per un'analisi dei contenuti dei PSR e l'identificazione dei possibili ruoli che l'ente regionale può attribuire a tali documenti.

Tabella 2.6 **I Piani Sanitari Regionali attualmente in vigore (2009)**

Piemonte	P.S.R. 07-10 (D.C.R. 24 ottobre 2007, n.137 – 40212)
Valle d'Aosta	PSSR 06-08 (LR 13/2006)
Lombardia	PSSR 07-09 (Del CR VIII/0257/2006)
Bolzano	PSP 00-02 (Del GP 3028/1999)
Trento	PSP 2000-02 (Del GP del 2/6/2000) Progetto di piano provinciale della salute dei cittadini – D.d.L. approvato con delibera GP n.1748/2008
Veneto	PSR 96-98 (LR 5/1996)
Friuli Venezia Giulia	PSR 06-08 (Del GR 2843/2006) È all'esame della commissione consigliare il testo del nuovo Piano Socio Sanitario 2009-2011
Liguria	PSR 03-05 (Del CR 03/2004) È attualmente all'esame della Commissione consigliare competente il testo del nuovo Piano Sanitario 2009-2011
Emilia Romagna	PSSR 08-10 (Del CR 175/2008)
Toscana	PSR 08-10 (Del CR 53/2008)
Umbria	PSR 09-011 (Del C.R. 28/4/2009)
Marche	PSR 07-09 (Del CR 62/2007)
Lazio	PSR 02-04 (Del CR 114/2002)
Abruzzo	PSR 08-10 (LR 05.03.2008 n.5)
Molise	PSR 08-10 (Del CR 190/2008)
Campania	PSR 02-04 (LR 10/02) Piano Regionale Ospedaliero (LR 24/2006)
Puglia	PSR 08-10 (LR 23/2008)
Basilicata	PSR 97-99 (Del CR 478/1996)
Calabria	PSR 04-06 (LR 11/2004) PSR 07-09 in fase di discussione
Sicilia	PSR 00-02 (Decreto Presidenziale 11/05/2000)
Sardegna	PSR 06-08 (Del CR 19/01/2007)

Fonte: OASI 2009

2.3.3 La mobilità dei Direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche

Il soggetto strategico di un'azienda sanitaria pubblica, sebbene sia un attore composito, si incentra oggi sulla figura del DG, il cui ruolo professionale è profondamente mutato nel corso degli ultimi anni a seguito dei mutamenti dell'ambiente di riferimento e dell'assetto istituzionale di tali aziende: il DG, da organo mono-

cratico, ha assunto sempre più la funzione di gestore di reti di relazioni con i vari soggetti del mondo sanitario e socio-sanitario al fine di generare le condizioni interne ed esterne per la realizzazione di obiettivi assegnati dalla Regione (Zuccatelli et al., 2009). Il legislatore lascia alla regione ampi margini di autonomia nella definizione sia dei requisiti professionali necessari per la nomina, sia degli indicatori di performance per la valutazione. L'idea che i DG siano nominati su base «fiduciaria», debbano rispondere dei risultati raggiunti e, in presenza di risultati considerati insoddisfacenti, possano essere sostituiti è la rottura più evidente, e comunemente percepita, con il tradizionale paradigma burocratico. Tuttavia, la mobilità dei DG è legata non solo a giudizi sull'operato del DG in relazione ai risultati dell'azienda, ma anche alle dinamiche istituzionali e politiche. Queste ultime aggiungono alla naturale instabilità, legata alle predeterminate scadenze dei contratti dei direttori, ulteriori potenziali instabilità in relazione alle scadenze di legislatura, alla modificazione delle maggioranze, allo spostamento degli equilibri interni alle maggioranze stesse (Del Vecchio e Carbone, 2002).

Alla luce delle suddette considerazioni, questo paragrafo presenta un aggiornamento delle analisi sul turn-over dei DG delle aziende sanitarie pubblicate nei Rapporto OASI precedenti a partire dal 2002. In particolare, il paragrafo è diviso in tre parti: la prima presenta il turn-over dei DG a livello nazionale e regionale; la seconda valuta la formazione di una comunità professionale di DG delle aziende sanitarie; la terza mette a confronto il grado di stabilità dei vari sistemi regionali e il loro grado di apertura.

Rispetto alla prima dimensione di analisi, la Tabella 2.7 mostra la durata media¹⁸ del periodo in cui ogni DG è rimasto in carica in una data azienda, sia a livello nazionale che regionale. Il valore medio nazionale è pari a 3,7 anni, ossia 3 anni e 8 mesi¹⁹. È questo, sicuramente, un orizzonte di gestione troppo limitato, considerando: (i) i tempi necessari per la realizzazione di un «progetto di gestione» in aziende, come quelle sanitarie, caratterizzate da molteplici elementi di complessità e/o (ii) gli effetti di blocco dei progetti e delle innovazioni e l'emergere di atteggiamenti difensivi che accompagnano l'apertura della fase, spesso lunga, di incertezza sulla permanenza del DG in carica. Rispetto al 2008 si evidenzia un aumento di circa 1 mese (da 3,6 a 3,7), interpretabile come effetto del-

¹⁸ La durata media dell'incarico di un DG a livello aziendale viene calcolata come rapporto tra il numero di anni «n» considerati per una determinata azienda «x» (con $1n14$) e il numero complessivo dei DG che si sono succeduti in quel periodo in quella determinata azienda.

¹⁹ La durata media dell'incarico di un DG a livello nazionale potrebbe essere calcolata anche come la media aritmetica dei valori regionali (3,8 ovvero 3 anni e 9 mesi). Tuttavia, la scelta che viene qui effettuata è quella di utilizzare come punto di riferimento la media aritmetica delle durate aziendali in quanto, seppure al prezzo di qualche distorsione (il valore medio è influenzato dai comportamenti delle regioni che hanno al proprio interno un numero maggiore di aziende), riesce a dare conto dell'importanza relativa dei diversi fenomeni. Per maggiori approfondimenti si rimanda a Del Vecchio e Carbone (2002).

Tabella 2.7 Durata media in carica dei DG in una data azienda, per regione (1996-2009)

Regione	AO	ASL	Totale
Abruzzo		3,97	3,97
Bolzano		9,00	9,00
Basilicata	3,50	3,84	3,78
Calabria	2,37	1,48	1,71
Campania	4,64	3,33	3,83
Emilia Romagna	5,13	3,88	4,23
Friuli Venezia Giulia	3,78	3,77	3,77
Lazio	3,15	2,88	2,95
Liguria	5,58	3,29	4,15
Lombardia	4,28	4,14	4,23
Marche	3,45	2,91	3,03
Molise		4,29	4,29
Piemonte	3,26	3,52	3,45
Puglia	4,00	2,78	3,17
Sardegna	3,50	2,79	2,87
Sicilia	3,93	3,17	3,67
Toscana	3,50	3,91	3,81
Trento		3,50	3,50
Umbria	3,50	2,59	2,85
Valle D'Aosta		3,50	3,50
Veneto	4,56	4,55	4,55
Totale*	4,01	3,55	3,71

* Valore medio calcolato come media aritmetica di tutte le durate medie aziendali

la stabilizzazione delle direzioni aziendali di due regioni di medio-grandi dimensioni (Lombardia e Veneto), che nel 2008 avevano cambiato il top management di quasi tutte le aziende. Inoltre, si evidenzia, una forte variabilità interregionale con un massimo registrato nella PA di Bolzano (9 anni) e un minimo in Calabria (1 anno e 8 mesi).

Confrontando i valori della durata media per tipologia di azienda, le AO mostrano una stabilità superiore alle ASL (4 anni per un'AO rispetto a poco più di 3 anni e mezzo per un'ASL). Tale tendenza si riscontra in quasi tutte le regioni, con

l'eccezione di Basilicata e Piemonte. Ciò riflette la differenza delle attività svolte dalle due tipologie di aziende: la relativa omogeneità dell'attività svolta dalle AO (assistenza ospedaliera) si contrappone alla varietà dell'attività che caratterizza le aziende territoriali (assistenza ospedaliera, distrettuale e sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro); i compiti dei DG delle AO, rispetto a quelli delle ASL, sono meglio definiti; di conseguenza, la valutazione del DG in relazione ai risultati ottenuti è meno influenzata da elementi di soggettività. Inoltre, il DG di una ASL deve rispondere del proprio operato ad una gamma più eterogenea di interlocutori, tra cui, oltre la Regione, anche gli Enti Locali, che cercano di influenzare le scelte del DG verso uno sviluppo diffuso dei servizi nel territorio²⁰.

La seconda dimensione di indagine non ha più come oggetto le aziende, ma le persone che hanno svolto o stanno svolgendo il ruolo di DG. L'obiettivo è quello di capire se, a livello nazionale, ci sia o si stia formando una comunità professionale di DG. L'analisi sul grado di «professionalizzazione» dei DG incrocia due variabili:

- ▶ consistenza e dinamica nel tempo della popolazione di persone che hanno ricoperto o ricoprono la carica di DG;
- ▶ numero di regioni in cui le singole persone hanno ricoperto la carica di DG.

La Figura 2.1 incrocia le due variabili, rappresentando il fenomeno in un grafico a bolle (l'area delle bolle è proporzionale alla numerosità delle classi). Si evidenzia così, per ogni classe identificata dall'incrocio tra le due variabili, il numero degli individui appartenenti alla classe.

Il grafico mostra come, delle 192 persone che hanno una esperienza di più di sei anni come DG, circa il 15% l'abbia maturata in aziende di diverse regioni. Rimane, d'altra parte, molto alto il numero di persone che hanno ricoperto la carica solo per uno, due o tre anni (rispettivamente 172, 160 e 90). L'incidenza della somma di tali classi si è però ridotta nel corso del tempo, passando da poco più del 55% nel 2003 a quasi il 48% nel 2009.

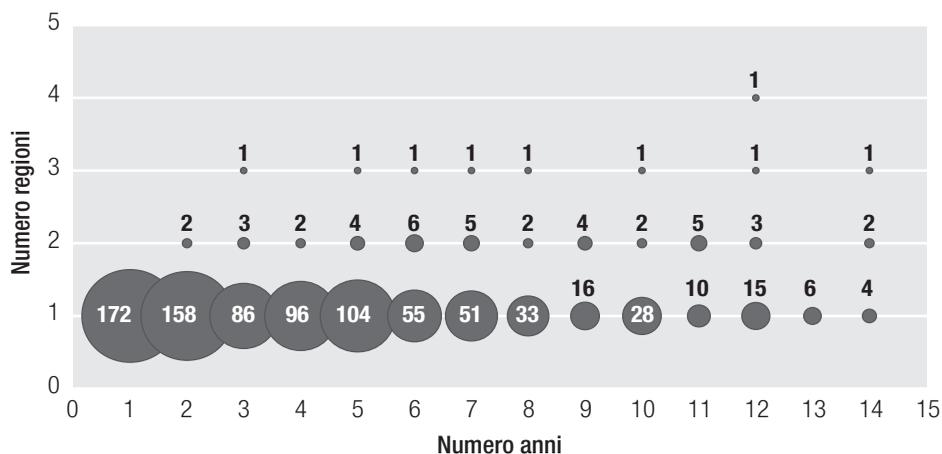
Limitando l'analisi ai DG non più in carica, la percentuale è leggermente più alta (pari al 52%). Inoltre, solo il 4% dei direttori non più in carica ha avuto esperienze di direzione in più di un contesto regionale.

Analizzando, infine, i DG che hanno operato in più di una regione, prevalgono spostamenti tra regioni limitrofe (ad esempio i più frequenti: Abruzzo, Lazio e Marche; Trento, Veneto e Friuli Venezia Giulia; Piemonte e Liguria).

Infine, la terza dimensione di analisi mette a confronto la mobilità dei DG nei diversi sistemi regionali sulla base dei due indici inizialmente proposti nel Rapporto OASI 2003 (Carbone, 2003): l'indice di instabilità del sistema regionale²¹

²⁰ Per un maggior approfondimento sul tema si rimanda al Capitolo 10 del presente Rapporto.

Figura 2.1 **Distribuzione dei DG per numero di anni e numero di regioni in cui hanno ricoperto la carica (N=883) nel periodo 1996-2009**



(propensione del sistema a cambiare i propri DG) e l'indice di apertura del sistema regionale²² (propensione del sistema ad assegnare l'incarico a persone esterne, quali DG di aziende di altre regioni o soggetti che per la prima volta ricevono l'incarico, invece che far ruotare i DG fra le proprie aziende). L'indice di apertura non è ovviamente calcolato per le regioni che per tutti gli anni considerati risultano mono-azienda (Valle D'Aosta e Trento), in quanto il concetto di rotazione dei DG tra le aziende della regione perde di significato e il sistema è per definizione perfettamente aperto²³. Inoltre, tale indice sarà progressivamente meno significativo anche per quelle regioni che, nel corso degli ultimi sette anni, sono divenute mono-azienda (Molise e Bolzano).

²¹ L'indice di instabilità del sistema regionale viene calcolato come rapporto tra il numero effettivo di mutamenti dei DG che si sono realizzati nella Regione e il numero di mutamenti teoricamente possibili, dove quest'ultimo è dato dal prodotto tra (i) numero di aziende esistenti all'interno della Regione in ogni anno considerato e (ii) numero di anni considerati meno uno. Tale indice varia in un intervallo compreso tra zero e uno, estremi inclusi: un sistema è perfettamente o quasi stabile quando l'indice è pari o tende a zero; è perfettamente o quasi instabile se lo stesso indice è pari o tende a uno. Se l'indice è pari a zero la Regione non ha mai cambiato alcun DG, se l'indice è pari a 1 ogni azienda ha mutato il DG ogni anno.

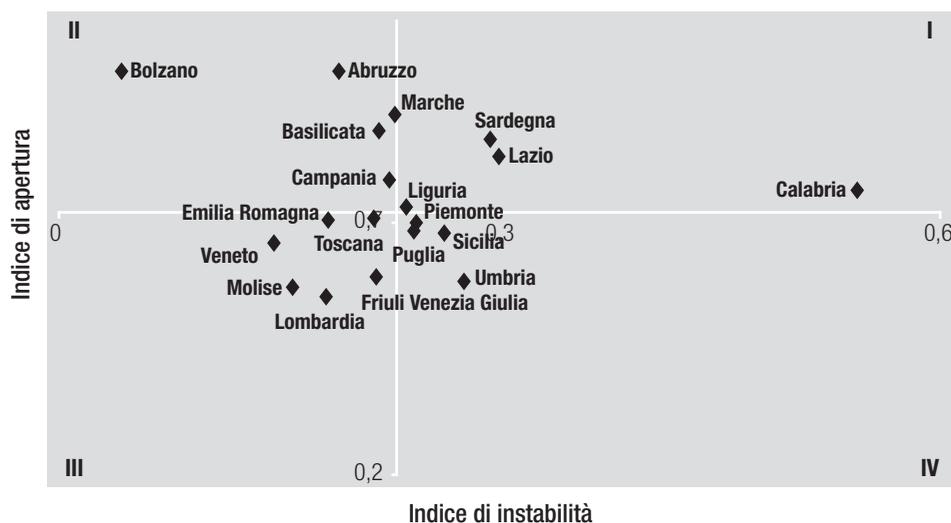
²² L'indice di apertura del sistema regionale è dato dalla differenza tra il numero di persone che hanno ricoperto la carica di DG in una o più aziende della Regione nel periodo 1996-2009 e il numero massimo di aziende presenti nella Regione nel corso degli anni, divisa per il numero di cambiamenti effettivi di DG nelle aziende della Regione nel periodo considerato. L'indice varia in un intervallo compreso tra zero e uno: un sistema regionale viene definito perfettamente o quasi aperto se l'indice è pari o tende a uno, ossia se prevale la tendenza a nominare persone esterne; invece viene definito chiuso se l'indice è pari o tende a zero, ossia se prevale la tendenza a far ruotare i DG fra le aziende della stessa Regione.

²³ È possibile invece calcolare l'indice di instabilità che è pari, rispettivamente, a 0,21 e 0,14.

Associando ad ogni regione i valori dei due indici, viene a rappresentarsi un sistema di assi cartesiani (Figura 2.2). In particolare, l'asse delle ascisse rappresenta il grado di instabilità e l'asse delle ordinate il grado di apertura. I due assi s'incrociano nel punto di coordinate (0,23; 0,72)²⁴, che rappresenta la media nazionale. In questo modo si raffigura una matrice a quattro quadranti.

- Nel primo quadrante si collocano le regioni caratterizzate da elevati gradi di instabilità e di apertura (regioni «ad alta variabilità»). Queste caratteristiche si riscontrano maggiormente in alcune regioni del Centro-Sud (Calabria, Lazio, Sardegna) più la regione Liguria che si posiziona vicino ai valori medi nazionali per entrambi gli indici.
- Il secondo quadrante raggruppa i sistemi regionali stabili ed aperti, cioè sistemi regionali in cui i cambiamenti dei DG sono rari ed avvengono, prevalentemente, nominando persone esterne (regioni ad «apertura fittizia»). In questo quadrante si posizionano, in maniera più evidente, la PA di Bolzano (che nel

Figura 2.2 **Matrice di mobilità dei DG, posizionamento in base a indice di instabilità (ascisse) o di apertura (ordinate) (1996-2009)**



²⁴ L'indice di instabilità nazionale viene calcolato come quelli regionali, ossia come rapporto tra il numero totale dei cambiamenti avvenuti in Italia tra il 1996 e il 2009 (887) e il numero totale dei possibili cambiamenti (3.787). Il valore è pari a 0,23. L'indice di apertura nazionale è calcolato come differenza tra il numero complessivo dei nomi delle persone che dal 1996 al 2009, in ogni regione, hanno svolto o svolgono il ruolo di DG (942) e il numero massimo di aziende considerate negli anni (300) divisa per il numero di mutamenti effettivi che si sono realizzati nell'arco del periodo considerato (887): il valore è pari a 0,72. Si segnala che tale risultato considera due (n) volte i DG che hanno operato in 2 (n) regioni, il che può permettere confronti più omogenei con i dati regionali.

2007 è divenuta mono-azienda) e l'Abruzzo; mentre si collocano più vicino alla media nazionale per l'indice di apertura la Basilicata e le Marche, per entrambe le dimensioni la Campania.

- ▶ Il terzo quadrante raggruppa i sistemi regionali che presentano elevati gradi di stabilità e di chiusura (regioni «statiche»). Si collocano al centro del quadrante Lombardia, Molise (che nel 2005 è divenuta mono-azienda), Friuli Venezia Giulia, Veneto e Toscana, mentre l'Emilia Romagna si posiziona più vicino alla media nazionale per quanto riguarda l'indice di apertura.
- ▶ Il quarto quadrante raggruppa le regioni caratterizzate da un alto grado di instabilità e di chiusura, ovvero sistemi regionali in cui i cambiamenti dei DG sono frequenti ed avvengono, prevalentemente, facendo ruotare i DG fra le aziende della stessa regione (regioni «autosufficienti»). Queste caratteristiche si riscontrano in maniera evidente in Umbria, mentre Piemonte, Puglia e Sicilia si posizionano all'estremità del quadrante con valori vicini ai valori medi nazionali.

2.4 Le risorse strutturali delle aziende sanitarie

Le esigenze di contenimento della spesa sanitaria e di riqualificazione dei SSR hanno comportato una progressiva e costante azione di razionalizzazione dell'offerta: ciò si è riflettuto tanto sul piano ospedaliero, quanto su quello territoriale.

Questo paragrafo, pertanto, propone un'analisi dell'evoluzione della capacità di offerta di tali livelli di assistenza, distinguendo e confrontando le dinamiche caratterizzanti l'offerta pubblica e privata accreditata.

2.4.1 Capacità di offerta delle strutture ospedaliere

Con l'avvio dei processi di riforma degli anni Novanta, sono stati realizzati numerosi interventi finalizzati alla razionalizzazione della rete ospedaliera: si è trattato di accorpamenti, riconversioni funzionali o dismissioni che hanno riguardato prevalentemente strutture di limitate dimensioni in termini di dotazione ed attività²⁵.

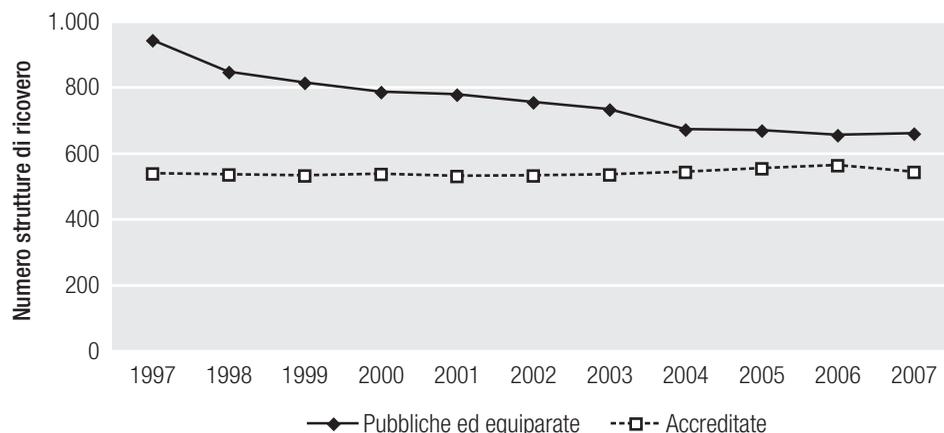
Ciò ha comportato una progressiva riduzione nel numero delle strutture equiparate e pubbliche, con un decremento più evidente per queste ultime, che nell'ultimo decennio sono diminuite del 28 per cento.

Tale tendenza viene ripresa dal PSN 2006-2008²⁶, che tra gli obiettivi prioritari individua la riorganizzazione della rete ospedaliera, attraverso la dismissione de-

²⁵ Ci si riferisce agli standard minimi di utilizzo medio annuo dei posti letto (75 per cento) e di dotazione dei posti letto (120), così come previsto dalla normativa e ribadito in sede di Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA.

²⁶ Il Piano Sanitario 2006-2008 è l'ultimo PSN approvato e risulta quello ufficialmente in vigore.

Figura 2.3 **Numero di strutture di ricovero pubbliche (e equiparate) e private accreditate (1997-2007)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

gli istituti minori, a favore di una maggiore offerta di assistenza territoriale e di Centri di Eccellenza; quest'ultima caratteristica, inoltre, spiega la maggiore presenza di strutture di ricovero in Lombardia, dove si registra la più alta concentrazione di Centri di Rilievo Nazionale (Carbone e Lecci, 2005). Anche i recenti piani di rientro delle sette regioni in «affiancamento» (Jommi e Lecci, 2008) hanno posto l'attenzione sul tema del riordino della rete ospedaliera (con riferimento sia alle strutture pubbliche che a quelle private accreditate), affiancando ai tradizionali obiettivi di razionalizzazione delle attività e di miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, indirizzi e linee guida vincolanti per la razionalizzazione e riduzione dei posti-letto, la riconversione degli ospedali di piccole dimensioni²⁷ in strutture territoriali e il potenziamento delle strutture operative del sistema di emergenza-urgenza regionale.

Le strutture private accreditate, invece, registrano un andamento più costante, anzi in lievissimo aumento a partire dall'anno 2002 (+1%), pur con le dovute eccezioni: la PA di Bolzano e le regioni Marche, Veneto, Campania e Lazio hanno registrato, dal 2002, dei decrementi rispettivamente pari a 17%, 7%, 6%, 7% e 20%.

La distribuzione geografica delle strutture di ricovero nel 2009 è riportata in Tabella 2.8.

Le principali modifiche, rispetto al 2008, riguardano:

²⁷ Per ospedali di piccole dimensioni si intendono le strutture di ricovero con una dotazione inferiore a 121 PL.

Tabella 2.8 **Numero di strutture di ricovero per tipologia (2009)**

	Presidi a gestione diretta ASL (1)	Istituti psichiatrici residuali	Aziende Osped.	Stabilimenti di Az. Osp. (2)	Tot. Strutture di ricovero pubbliche (3)	IRCCS dir. priv. (4)	IRCCS dir. pubbl. (4)	Policlinici Univers. (5)	Ospedali classificati (6)	Presidi privati qual. pres. ASL (7)	Enti di ricerca	Tot. Strutture equiparate (8)	Case di Cura private accreditate	Case di Cura private non accreditate	Totale CC private
Piemonte	61		8	16	69	2			5	5		12	39	4	43
Valle d'Aosta	1				1										
Lombardia	2	29	97	31	21	6			6			33	74	11	85
Bolzano	7				7								5	2	7
Trento	11				11				2			2	5		5
Veneto	46	2	3	48	3	1			6	4		14	16	3	19
Friuli V.G.	8	3	6	11	2	2						4	5		5
Liguria	6	1	1	7	1	2			2			5	3	6	9
Emilia Romagna	21	5	5	26		1						1	45	2	47
Toscana*	26	4	4	30	2					3	1	6	28	3	31
Umbria	9	2	3	11								0	5		5
Marche	29	2	4	31		3						3	13		13
Lazio*	55	1	4	7	60	8	3	4	8	3		26	79	29	108
Abruzzo	21				21							0	13		13
Molise	4				4	1						1	2		2
Campania	38	8	9	46	1	1	2	4	1			10	68	4	72
Puglia	27	2	2	29	1	2	0	3				6	30		30
Basilicata	13	1	1	2	15	1					1	2	1		1
Calabria	33	4	9	37		1						1	35		35
Sicilia	55	5	15	60	1		3	1				5	62		62
Sardegna*	29	1	1	30		1	2	1				4	13		13
Italia	502	2	81	184	585	44	23	11	38	16	2	135	541	64	605

(1) Si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpati (ex art. 4 c. 9 Dlgs 502/92) (2) Per stabilimenti ospedalieri si intendono tutte le sedi fisiche ubicate ad indirizzi differenti (3) Sommatoria di presidi a gestione diretta ASL, istituti psichiatrici residuali e AO (4) Si conteggiano sia le sedi centrali che le sedi distaccate, perché spesso queste ultime sono localizzate in Regioni diverse dalla sede centrale (5) In generale, nel capitolo, con il termine «policlinici» ci si riferisce ai «Policlinici a gestione diretta dell'Università» (pubblici e privati) e a quelli eventualmente trasformati in «Aziende Ospedaliere universitarie integrate con il SSN», secondo quanto stabilito dal D.Lgs. 517/99. Non sono invece incluse in questa categoria le «Aziende Ospedaliere integrate con l'Università», cioè le AO in cui insiste la prevalenza del corso di laurea in Medicina e Chirurgia (che sono incluse nella categoria delle Aziende Ospedaliere) (6) Ex art. 1 ultimo comma L. 132/68 e art. 41 L. 833/78 (7) Ex art. 43 comma 2 L. 833/78 e DPCM 20/10/88 (8) Sommatoria di IRCCS di diritto pubblico e privato, Policlinici universitari a gestione diretta, Ospedali classificati, Presidi qualificati ed Enti di ricerca. * dati 2008.

Fonte: Aggiornamento OASI sulla base delle schede inviate alle Regioni (2009)

- ▶ le strutture di ricovero pubbliche, che sono state caratterizzate da una riduzione di 16 presidi a gestione diretta (+15 in Piemonte, -11 in Veneto, -4 in Liguria, -17 in Emilia Romagna, -2 nelle Marche, -2 in Abruzzo, -2 in Molise, -1 in Campania, +3 in Calabria e +5 in Sicilia) e dalla riduzione di 14 Aziende Ospedaliere (-2 in Liguria e -12 in Sicilia);
- ▶ le strutture equiparate, rispetto alle quali si segnala: (i) a seguito della creazione/rilevazione più accurata delle sedi distaccate, una riduzione degli IRCCS di diritto privato che passano da 47 a 44 (-1 in Friuli Venezia Giulia, -1 in Campania, -2 in Puglia e +1 in Basilicata) e una riduzione di 2 IRCCS di diritto pubblico (-1 in Campania e -1 in Basilicata); (iii) una riduzione di 3 unità per gli ospedali classificati (+5 in Piemonte, -7 a Bolzano, -2 in Abruzzo); (iv) la riduzione di una unità degli Enti di ricerca in Molise;
- ▶ le case di cura accreditate si sono ridotte di 2 unità (+2 in Lombardia, +1 a Bolzano, +1 nelle Marche, -3 in Puglia, -3 in Calabria), mentre le case di cura non accreditate rimangono complessivamente invariate (-1 in Liguria, +2 in Emilia Romagna, -1 in Umbria).

Dal punto di vista delle dimensioni, le tipologie di struttura possono essere classificate in tre macro-categorie: AO e Policlinici presentano la maggiore dotazione di posti letto utilizzati, con una media rispettivamente di 640 e 723 posti; Ospedali a gestione diretta, IRCCS e Ospedali classificati si collocano ad un livello dimensionale intermedio, rispettivamente con 190, 234 e 217 posti letto; le Case di cura private, infine, non raggiungono mediamente i 100 posti letto accreditati²⁸. La Tabella 2.9 evidenzia come, oltre che nel numero di strutture, si sia registrata negli anni una riduzione anche nelle dimensioni delle stesse: in particolare, questo si è verificato per AO (-23,3 per cento tra il 1997 e il 2007), Policlinici (-15,5 per cento, nonostante un forte aumento nel 2007) e Case di cura accreditate (-13,5 per cento).

Con riferimento ai posti letto pubblici utilizzati, dall'analisi della loro distribuzione per tipologia di struttura si evidenzia una significativa prevalenza delle strutture pubbliche in senso stretto, ossia Aziende Ospedaliere e Ospedali a gestione diretta, che insieme costituiscono l'83 per cento dell'offerta (Figura 2.4). Nel corso del 2007, la distribuzione di posti letto è sostanzialmente rimasta invariata rispetto all'anno precedente.

Se si considera, invece, il numero assoluto di posti letto pubblici utilizzati, confrontando tra loro gli anni 1997 e 2007, si evidenzia una diminuzione nazionale del 30 per cento, dovuta al decremento – tanto dei posti letto, quanto dell'attività – che ha interessato sia le strutture pubbliche sia alcune tipologie di quelle equiparate:

²⁸ Questo dato si riferisce al numero di posti letto dedicati a svolgere attività per conto del SSN e non riflette necessariamente le dimensioni reali delle Case di Cura private, poiché queste possono includere nella dotazione strutturale anche posti letto non accreditati.

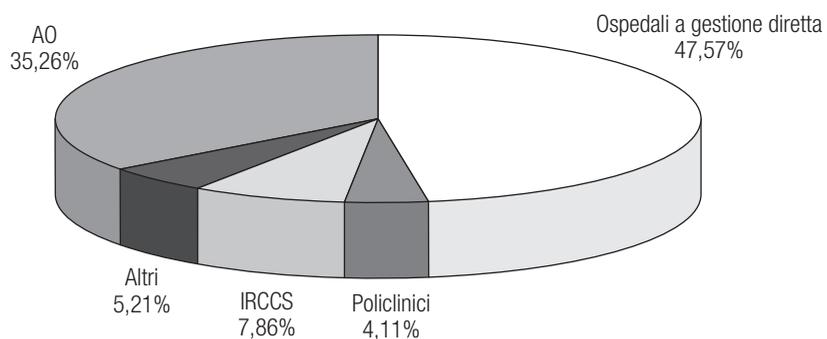
Tabella 2.9 **Dimensione media (n. posti letto utilizzati) per tipologia di struttura di ricovero (1997-2007)**

Anno	AO	Presidi a gestione diretta ASL	Policlinici universitari a gestione diretta	IRCCS	Ospedali classificati (1)	Case di cura accreditate (2)
1997	834	199	856	243	234	98
1998	877	189	818	244	236	98
1999	800	186	868	240	224	94
2000	774	184	832	247	223	89
2001	736	183	733	242	221	91
2002	709	178	658	237	214	91
2003	673	182	540	220	188	89
2004	672	191	551	221	192	87
2005	660	193	620	224	211	85
2006	650	197	629	226	220	85
2007	640	190	723	234	217	85

(1) Ex art. 1 ultimo comma L. 132/68 e art. 41 L. 833/78

(2) Numero medio dei posti letto accreditati

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Figura 2.4 **Distribuzione posti letto pubblici per tipologia di struttura (2007)**

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

AO (-12 per cento), Ospedali a gestione diretta (-40 per cento), Policlinici (-16 per cento) e Altri (-51% che include le variazioni dei PL di ospedali classificati, presidi qualificati di ASL e enti di ricerca). Procedendo con l'analisi per tipologia di struttura, se si raffrontano i dati con quelli del 2006, si nota come, nel corso del 2007, i Policlinici universitari siano stati interessati da un aumento dei posti letto utilizzati (+15%); tale variazione è generata dall'aumento dei posti letto confermato anche dall'aumento della dimensione media dei policlinici, che passa da 629 a 723 PL.

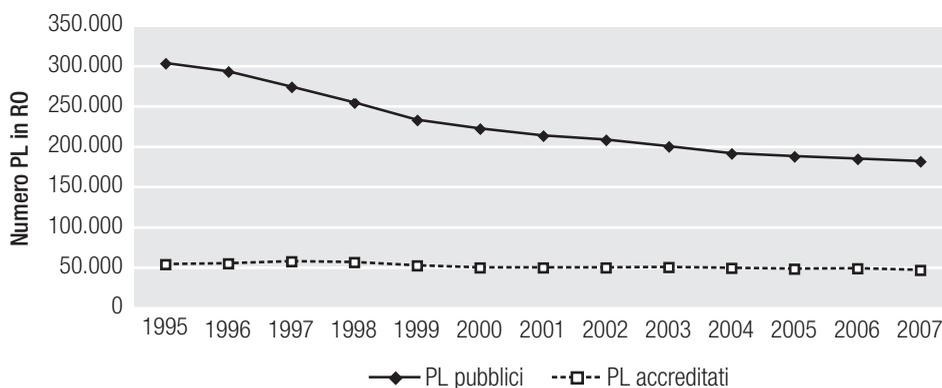
Anche gli IRCCS sono caratterizzati da un incremento del numero di posti letto utilizzati (+11%), principalmente dovuto all'aumento del numero delle strutture (da 39 a 59).

Passando all'analisi dei posti letto per regime, per quanto attiene specificatamente al ricovero in degenza ordinaria (Figura 2.5), si è registrata una forte diminuzione dei posti letto pubblici, ridottisi dal 1995 al 2007 del 40%. Un andamento più stabile si è verificato per i posti letto accreditati (-13%).

Nel corso del 2007, nelle strutture pubbliche si è avuta una riduzione di posti letto per regime ordinario pari a 2 punti percentuali e per i posti letto accreditati pari a 5 punti percentuali, indicatore del raggiungimento di una situazione stabile dopo la robusta realizzazione di interventi di razionalizzazione avvenuti in precedenza.

Per quanto riguarda la dotazione dei PL per ricoveri in regime diurno (Figura 2.6), si è registrato, nell'ultimo decennio, un incremento significativo (da 15.390 a 31.629): questo cambiamento è avvenuto in modo più evidente negli anni 1996-1997, in corrispondenza dei primi interventi di attuazione di quanto previsto dal DLgs. 502/1992 e DLgs. 517/1993, e negli anni 2002-2003, in parte come conse-

Figura 2.5 **Numero di posti letto previsti per degenza ordinaria (acuti e non), pubblici e privati accreditati (1995-2007)**



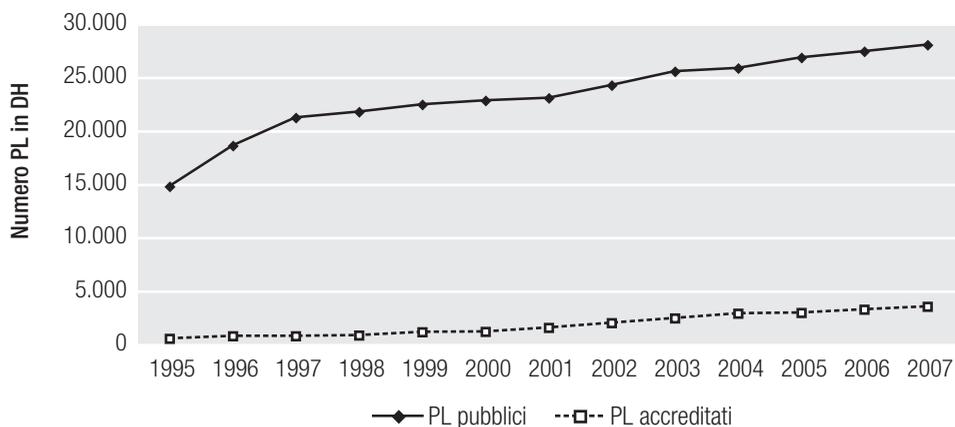
Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

guenza delle esigenze di contenimento della spesa e di appropriatezza del regime di ricovero, sollevate a livello nazionale. Relativamente ai posti letto pubblici, essi hanno registrato un aumento pari al 90 per cento (da 14.799 a 28.062), di cui l'incremento più evidente è stato realizzato negli anni 1996-1997, nel corso dei quali la dotazione iniziale è cresciuta del 26 e del 18 per cento. Un'evoluzione interessante è quella che ha caratterizzato i posti letto accreditati: nell'ultimo decennio, sono più che quintuplicati (da 591 a 3.567 posti letto), con un aumento medio annuo negli anni 2001-2004 del 71 per cento. Dal 2005 in avanti, invece, tale trend si è ridotto, con un aumento medio annuo nel triennio 2005-2007 del 7,5% e dell'8 per cento tra 2006 e 2007.

Rispetto ai posti letto ospedalieri accreditati, la normativa ha stabilito l'obbligo di adeguare la dotazione ad uno standard medio, perseguendo le finalità di razionalizzazione della rete di offerta, di contenimento della spesa sanitaria e di appropriatezza del ricovero. In particolare:

- ▶ la L. 405/2001, art. 3, comma 4, ha imposto l'obbligo di adottare lo standard di dotazione media di 5 posti letto ospedalieri (RO+DH) per mille abitanti, di cui l'1 per mille riservato a riabilitazione e lungodegenza post-acuzie, stabilendo che il personale in esubero venisse riassorbito dalle strutture riconvertite o dedicato al potenziamento delle cure domiciliari.
- ▶ l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, con l'art. 4, comma 1, ha introdotto l'obbligo di adeguare, entro l'anno 2007, la dotazione di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR ad uno standard non superiore ai 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungo-

Figura 2.6 **Numero di posti letto previsti in Day Hospital (acuti e non), pubblici e privati accreditati (1995-2007)**



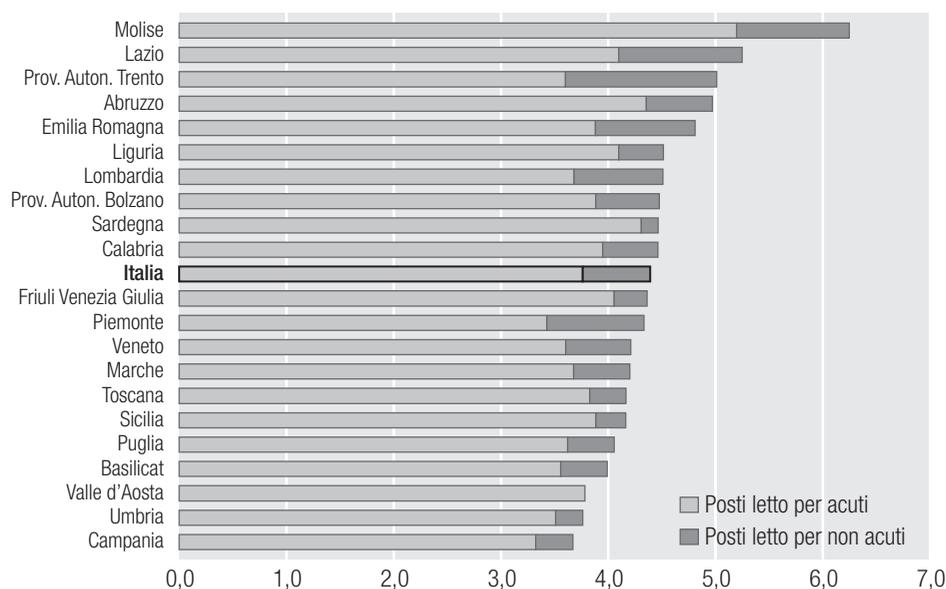
Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

degenza post-acuzie, adattando, di conseguenza, le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Per facilitare il raggiungimento dell'obiettivo, è stata ammessa la possibilità di prevedere scostamenti rispetto allo standard, tuttavia non superiori al 5% in più in rapporto alle diverse condizioni demografiche regionali, con la definizione di obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006.

Il rispetto di questo adempimento è oggetto di verifica annuale da parte del Comitato LEA, istituito presso il Dipartimento della Qualità del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, che accerta lo stato di avanzamento dal punto di vista tanto dell'adeguamento della dotazione di posti letto allo standard, quanto dell'adozione dei provvedimenti regionali volti alla programmazione di interventi di rimodulazione dell'offerta ospedaliera.

Nel 2007 la dotazione media nazionale di posti letto – sia in regime di degenza ordinaria che diurna – è pari a 3,8 per mille abitanti per gli acuti e a 0,6 per i non acuti (Figura 2.7). Rispetto all'anno 2006 si è avuta una lieve diminuzione dei posti per acuti, mentre i non acuti sono rimasti invariati. Ciò ha consentito di rispettare lo standard di 4,5 posti letto complessivi, ma non la ripartizione tra acuti e non acuti. Quest'ultimo fatto sembra imputabile alla mancanza di idonee azioni di riconversione dei posti letto per acuti in posti letto per riabilitazione e lungodegenza.

Figura 2.7 **Posti letto previsti per acuti e non acuti (deg. ord. e DH) / 000 abitanti (2007)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

A livello regionale, la distribuzione dei posti letto è abbastanza differenziata, con cinque Regioni al di sopra dello standard complessivo (Molise, Lazio, Trento, Abruzzo, Emilia Romagna). Con riferimento alla ripartizione tra tipologie di ricovero, solo tre Regioni (Campania, Umbria e Piemonte) presentano una dotazione di posti letto per acuti conforme o inferiore al limite imposto (3,5 posti letto), mentre solo una regione ha una dotazione ancora significativamente superiore a quanto consentito (Molise: 5,2). Per quanto riguarda i posti letto per non acuti, invece, tutte le Regioni – ad eccezione di Trento e del Lazio – presentano un'offerta per non acuti ancora sottodimensionata. Rispetto all'anno 2006, emergono i seguenti cambiamenti:

- ▶ con riferimento allo standard totale, Abruzzo, Lazio, Bolzano, Puglia, Basilicata e Valle d'Aosta hanno avuto una riduzione di 0,2 posti letto per mille abitanti, imputabile ad un contenimento dei posti per acuti;
- ▶ in relazione ai posti dedicati alle discipline per acuti, si ha una situazione invariata per Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Marche Piemonte, Puglia e Sicilia, un netto miglioramento per Basilicata (-0,4), Sardegna (-0,4) e Lazio (-0,5), un peggioramento per il Molise (+0,3); tutte le altre Regioni hanno registrato un decremento compreso tra 0,1 e 0,2 posti letto;
- ▶ per quanto riguarda i posti letto per non acuti, Lombardia, Molise, Trento, Sardegna e Umbria hanno aumentato l'offerta di 0,1 e la Basilicata di 0,2, avvicinandosi allo standard; Campania, Lazio, Marche e Toscana hanno diminuito di 0,1. Per le altre Regioni non si è avuta alcuna modifica.

La sintesi rispetto alla dotazione complessiva dei posti letto nelle Regioni, con distinzione per tipologia di struttura e per regime di ricovero (oltre all'indicazione dei posti letto a pagamento nelle strutture pubbliche), è presentata nella Tabella 2.10.

Si segnalano, pur con le dovute differenziazioni regionali:

- ▶ l'incremento nel numero di posti letto per DH nel periodo 1998-2007 (cfr. *supra*), che nel 2007 costituivano il 13,4 per cento dei posti letto pubblici e il 7 per cento di quelli privati accreditati;
- ▶ la maggiore rilevanza nel tempo dei posti letto pubblici a pagamento. Rispetto al 2006 emerge un aumento pari al 6,8 per cento dei posti a pagamento, che passano da 2.343 a 2.504. L'incidenza nazionale dell'offerta di posti letto pubblici a pagamento rimane, comunque, molto contenuta (1,1 per cento), con punte massime in Friuli Venezia Giulia (4 per cento) e in Abruzzo (2,1 per cento);
- ▶ la riduzione, tra il 1998 e il 2007, nel numero di posti letto per degenza ordinaria (-27 per cento) ed, in generale, nel numero complessivo di posti letto (-22 per cento). Ciò non stupisce se si considerano le singole realtà regionali: le diminuzioni più consistenti si sono realizzate laddove la dotazione di posti letto per 1000 abitanti nel 1998 era più elevata della media nazionale (Friuli Vene-

Tabella 2.10 Posti letto totali (acuti e non) previsti ad inizio anno nelle Regioni, per tipo di struttura e regime di ricovero (2007), e variazione posti letto 1998-2007

Regioni	Posti letto pubblici		Posti letto privati accreditati		Totale 2007	Variazione totale 98/07	Variazione posti letto degenza ordinaria* 98/07	Variazione posti letto day hospital 98/07	
	Deg. Ord.	DH	A pagamento	Deg. Ord.					DH
Piemonte	13.061	2.178	0	3.482	135	18.856	-19%	-23%	16%
Valle d'Aosta	416	54	2	0	0	472	-15%	-18%	20%
Lombardia	30.315	3.863	655	7.680	540	43.053	-22%	-25%	27%
Bolzano	1.685	186	30	282	0	2.183	-12%	-20%	4550%
Trento	1.760	303	0	471	6	2.540	-25%	-28%	6%
Veneto	16.349	2.113	345	1.175	114	20.096	-24%	-25%	-5%
Friuli V.G.	3.981	505	201	549	54	5.290	-28%	-31%	9%
Liguria	5.886	1.075	113	173	11	7.258	-30%	-35%	31%
Emilia R.	14.324	1.900	184	3.726	179	20.313	-13%	-14%	-8%
Toscana	11.064	1.799	247	1.746	296	15.152	-21%	-26%	50%
Umbria	2.534	477	8	232	33	3.284	-24%	-27%	2%
Marche	4.818	682	12	885	56	6.453	-29%	-33%	59%
Lazio	17.520	3.070	86	7.436	714	28.826	-24%	-30%	76%
Abruzzo	4.359	685	108	1.323	34	6.509	-32%	-36%	35%
Molise	1.434	189	142	224	10	1.999	12%	2%	895%

Tabella 2.10 (segue)

Regioni	Posti letto pubblici		Posti letto privati accreditati		Totale 2007	Variazione totale 98/07	Variazione posti letto degenza ordinaria* 98/07	Variazione posti letto day hospital 98/07
	Deg. Ord.	DH	Deg. Ord.	DH				
Campania	12.503	2.291	5.875	514	21.246	-27%	-33%	123%
Puglia	12.362	1.330	2.625	68	16.501	-29%	-31%	6%
Basilicata	1.932	355	56	0	2.360	-22%	-31%	177%
Calabria	4.610	981	3.250	61	8.915	-18%	-23%	57%
Sicilia	12.732	3.396	4.003	658	20.886	-12%	-23%	117%
Sardegna	5.370	630	1.261	84	7.410	-24%	-27%	13%
ITALIA	179.015	28.062	46.454	3.567	259.602	-22%	-27%	39%

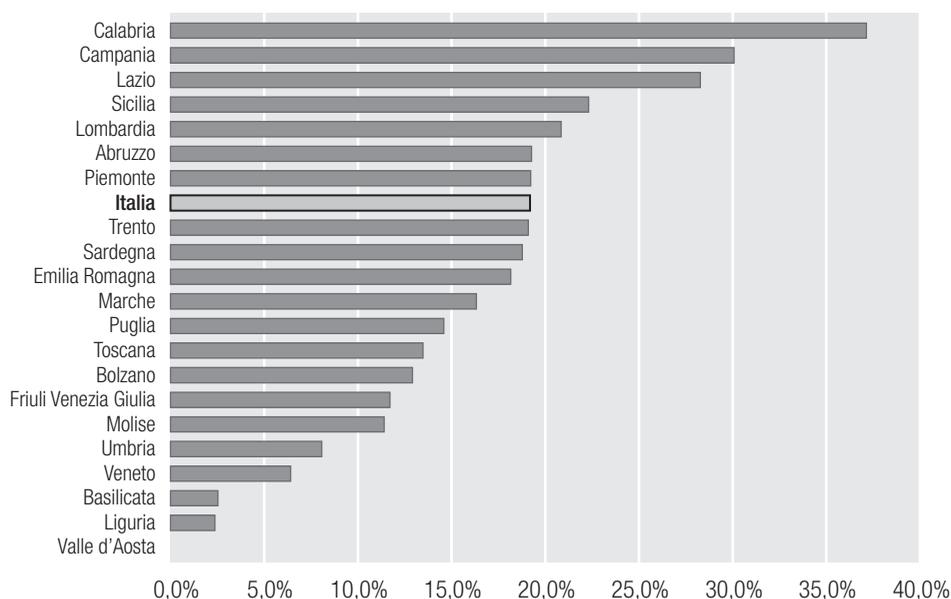
* inclusi i posti letto a pagamento

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

zia Giulia, Liguria, Abruzzo). Nonostante un rapporto di posti letto per abitanti inferiore alla media nazionale, però, anche regioni quali Campania, Puglia e Basilicata hanno avviato una consistente riduzione di posti letto.

La Figura 2.8 approfondisce invece le differenze regionali in termini di rilevanza del privato accreditato. In tutte le regioni, l'offerta è prevalentemente pubblica e pari, in media, all'80,8 per cento a livello nazionale. A livello regionale, invece, il privato accreditato costituisce una quota significativa dell'offerta totale in Calabria (37,1 per cento), Campania (30,1 per cento) e Lazio (28,3 per cento); è, al contrario, molto bassa in Liguria (2,4 per cento), Basilicata (2,5 per cento), Veneto (6,4 per cento) e Umbria (8,1 per cento); è addirittura assente in Valle D'Aosta. Nel periodo che va dal 1998 al 2007, la rilevanza dei posti letto accreditati è aumentata, in media, di circa il 2,4 punti percentuali. Gli incrementi più significativi si sono avuti in Calabria, Bolzano, Campania, Lombardia, Marche, Molise e Sicilia; Emilia Romagna, Lazio e Abruzzo, invece, hanno registrato un decremento nell'offerta di posti letto privati accreditati. Inoltre, se nel 1998 l'offerta di posti letto privati accreditati era maggiormente concentrata nel Nord Italia (36 per cento contro 32 per cento ciascuno per Centro e Sud), nel 2007 la situazione risulta differente, con una presenza del privato accreditato pari al 39 per cento al nord e al sud e solo al 22% nelle regioni del centro Italia.

Figura 2.8 **Percentuale di posti letto privati accreditati sul totale dei posti letto previsti per acuti e non acuti (deg. ord. e DH) nel 2007**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

2.4.2 Capacità di offerta delle strutture territoriali

La tendenza degli ultimi anni, tanto negli indirizzi programmatici quanto nella pratica, è stata quella di porre sempre maggiore attenzione verso l'assistenza extraospedaliera, spostando sia risorse che servizi dal livello ospedaliero a quello territoriale. Ciò è enfatizzato anche dal PSN 2006-2008 che pone, tra gli obiettivi delle strategie per lo sviluppo, la necessità di riorganizzare l'offerta ospedaliera a

Tabella 2.11 **Distretti attivati all'interno delle ASL e loro dimensione media (2007)**

Regioni	Distretti Attivati 2007	N. medio distretti per ASL	Popolazione media per distretto 2007
Piemonte	62	4,8	70.207
Valle d'Aosta	4	4,0	31.203
Lombardia	93	6,2	102.639
Bolzano	20	5,0	24.384
Trento	11	11,0	46.094
Veneto	51	2,4	93.599
Friuli V.G.	14	2,3	86.614
Liguria	16	3,2	100.492
Emilia R.	39	3,5	108.289
Toscana	34	2,8	107.006
Umbria	12	3,0	72.747
Marche	24	24,0	64.004
Lazio	36	3,0	152.592
Abruzzo	43	7,2	30.460
Molise	13	13,0	24.621
Campania	97	7,5	59.693
Puglia	49	8,2	83.059
Basilicata	11	2,2	53.758
Calabria	35	3,2	57.087
Sicilia	59	6,6	85.032
Sardegna	21	2,6	79.021
ITALIA	744	4,5	79.478

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

favore di un potenziamento di quella territoriale, anche mediante la costituzione di reti sanitarie d'integrazione e collaborazione.

Ciò si è tradotto principalmente nel consolidamento del ruolo dei distretti. Questi, infatti, sono deputati all'organizzazione dei servizi di assistenza primaria, ambulatoriale e domiciliare, alla gestione delle attività socio-sanitarie delegate dai Comuni ed in coordinamento con l'assistenza ospedaliera, nonché a fornire supporto alle famiglie ed a persone in difficoltà (anziani, disabili fisici e psichici, tossicodipendenti, malati terminali, ecc.). La Tabella 2.11 presenta la numerosità dei distretti attivati fino all'anno 2007 e la loro dimensione media.

Rispetto al 2006, il numero dei distretti a livello nazionale è passato da 731 a 744. A livello regionale, gli aumenti più evidenti riguardano il Lazio che passa da 22 a 36 e la Calabria che passa da 22 a 35; si sottolineano d'altra parte alcune diminuzioni in Sicilia (da 62 a 59) e Friuli Venezia Giulia (da 18 a 14). Guardando nuovamente alla prospettiva nazionale, è lievemente aumentato il numero medio di distretti per ASL (4,5), come esito di un processo congiunto di riduzione del numero delle ASL e aumento del numero complessivo dei distretti. Proprio quest'ultimo spiega la lieve diminuzione della popolazione media per distretto, passata da 80.372 a 79.478.

Per l'erogazione delle prestazioni territoriali, i distretti si avvalgono di una pluralità di strutture, classificabili come segue:

- ▶ strutture in cui si erogano prestazioni specialistiche come l'attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale;
- ▶ strutture territoriali come i centri di dialisi ad assistenza limitata, gli stabilimenti idrotermali, i centri di salute mentale, i consultori materno infantili e i centri distrettuali;
- ▶ strutture semiresidenziali come ad esempio i centri diurni psichiatrici;
- ▶ strutture residenziali quali le residenze sanitarie assistenziali (RSA) e le case protette.

La Tabella 2.12 presenta la distribuzione delle strutture sopra elencate nelle diverse Regioni italiane. A livello nazionale, il periodo 1997-2007 si contraddistingue per l'incremento delle strutture territoriali (+28 per cento) e, tra queste, per il sempre maggiore apporto dal privato accreditato (passato da una quota di strutture del 38 per cento nel 1997 a una del 51 per cento nel 2007). Il significativo aumento delle strutture territoriali è dovuto prevalentemente all'incremento delle strutture semiresidenziali e residenziali, cresciute rispettivamente del 171 e 180 per cento, nell'arco temporale considerato. In generale, l'offerta di servizi territoriali è gestita prevalentemente dal privato ad eccezione delle «Altre strutture territoriali» che si attestano all'11% nel 2007. In particolare si evidenzia l'offerta delle strutture residenziali, che passa dal 5 % del 1997 al 73% del 2007.

Analizzando, invece, il dettaglio regionale, la situazione appare più diversificata:

- Nel caso di «Ambulatori e Laboratori», Valle d'Aosta, Lombardia, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia si caratterizzano per un contributo del privato superiore alla media, compreso tra il 61 per cento di Lombardia e l'83 per cento della Sicilia. Tutte le altre Regioni, al contrario, presentano valori più bassi, segnando valori minimi in Piemonte e a Bolzano.

Tabella 2.12 **Presenza di strutture territoriali pubbliche e private accreditate nelle Regioni (2007)**

	Ambulatori e laboratori	di cui privati accr.	Altre strutture territoriali*	di cui privati accr.	Strutture semiresidenz.	di cui privati accr.	Strutture residenziali	di cui privati accr.
Piemonte	453	18%	276	3%	145	57%	681	70%
Valle d'Aosta	3	67%	26	4%	2	100%	8	88%
Lombardia	795	61%	753	11%	618	70%	1.198	85%
Bolzano	55	38%	80	19%	6	0%	50	82%
Trento	32	34%	36	19%	7	0%	64	86%
Veneto	457	56%	547	25%	384	59%	642	78%
Friuli V.G.	139	32%	79	8%	45	31%	161	57%
Liguria	365	32%	152	3%	42	40%	150	73%
Emilia Rom.	458	41%	437	5%	456	81%	751	78%
Toscana	925	39%	531	8%	228	32%	486	60%
Umbria	104	23%	91	2%	57	30%	82	52%
Marche	201	50%	102	12%	29	14%	83	35%
Lazio	901	68%	394	7%	53	4%	160	57%
Abruzzo	169	63%	120	5%	10	20%	70	79%
Molise	51	75%	17	24%	6	100%	6	100%
Campania	1.445	80%	407	27%	84	18%	153	47%
Puglia	681	62%	319	4%	33	61%	102	84%
Basilicata	115	41%	57	11%	4	25%	32	44%
Calabria	444	57%	136	7%	19	42%	65	65%
Sicilia	1.674	83%	523	16%	35	9%	99	58%
Sardegna	355	54%	153	3%	17	47%	62	69%
Italia 2007	9.822	60%	5.236	11%	2.280	57%	5.105	73%
Italia 1997	9.335	54%	4.009	5%	842	8%	1.820	5%

* Sono inclusi: centri dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori materno-infantili, centri distrettuali e in generale strutture che svolgono attività di tipo territoriale.

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

- ▶ Con riferimento alle strutture «Semiresidenziali» e «Residenziali», sono le Regioni del Nord Italia (cui si aggiunge il Molise, che si caratterizza per una totalità dell'offerta privata) a presentare le percentuali più elevate di erogatori privati.
- ▶ Per quanto riguarda le altre strutture territoriali, il contributo del privato accreditato è molto limitato e pari in media al 10 per cento. Fanno eccezione Veneto, Molise e Campania che si caratterizzano per un'offerta del privato accreditato maggiore del 20%.

2.4.3 Il personale del SSN

Elemento qualificante del SSN e rilevante ai fini di una esauriente comprensione della dimensione strutturale delle aziende sanitarie è l'organismo personale, in quanto risorsa critica: sia perché da questa dipende gran parte della qualità dei servizi erogati, sia perché costituisce una quota rilevante dei costi del sistema sanitario.

Alla data di redazione del presente Capitolo non sono ancora disponibili i dati 2007 relativi alla dimensione e alla composizione dell'organismo personale del SSN. Si rimanda pertanto al Capitolo 2 del Rapporto OASI 2008 per gli ultimi dati aggiornati sul tema.

Qualche dato aggiornato esiste, invece, sui Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta, che, pur non essendo dipendenti del SSN, rientrano in un'accezione più ampia²⁹ di organismo personale e costituiscono una risorsa strategica per il ruolo di governo ed indirizzo che esercitano sulla domanda.

La Tabella 2.13 riporta il numero totale di MMG e PLS per Regione nel 2007, evidenziandone l'evoluzione nell'ultimo decennio. Su scala nazionale, il numero di MMG si è ridotto del 1,1% rispetto al 1997, mentre a livello regionale l'andamento è stato più variabile, in particolare per Bolzano (+21,3 per cento), Trento (-7,5 per cento), Lombardia (-10,9 per cento) e Calabria (-12,2 per cento). Il numero di PLS, invece, ha registrato, nello stesso periodo e con l'eccezione della Liguria e della Basilicata, un incremento generalizzato.

La Figura 2.9 e la Figura 2.10 illustrano per ogni regione la popolazione assistibile ed il numero medio di scelte per singolo medico e per Regione, permettendo di valutare il carico assistenziale potenziale ed effettivo di MMG e PLS e la sua adeguatezza rispetto alla domanda.

²⁹ Il concetto di organismo personale può essere definito in modo più o meno ampio: «nelle aziende composte pubbliche formano l'organismo personale i prestatori di lavoro in senso stretto ed i membri degli organi deliberanti, di governo economico e di sindacato (inclusi dli organi di rappresentanza politica costituiti mediante elezioni); in una visione molto ampia, anche tutte le persone membri della comunità politica di cui l'azienda è ordine economic» (Airoldi G, Brunetti G, Coda V., 1994: 455).

Tabella 2.13 **Numero di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, 2007 e variazione 1997-2007**

	Numero MMG 2007	Variazione 97/07	Numero PLS 2007	Variazione 97/07
Piemonte	3.506	-3,1%	435	5,3%
Valle d'Aosta	98	-1,0%	17	30,8%
Lombardia	6.638	-10,9%	1.122	31,2%
Bolzano	256	21,3%	51	54,5%
Trento	394	-7,5%	81	12,5%
Veneto	3.609	1,7%	559	13,4%
Friuli V.G.	1.024	-1,6%	124	33,3%
Liguria	1.404	-4,0%	176	-2,8%
Emilia R.	3.270	-0,5%	576	26,9%
Toscana	3.081	-0,9%	435	13,0%
Umbria	761	7,3%	112	15,5%
Marche	1.271	5,4%	178	7,2%
Lazio	4.897	0,8%	769	7,9%
Abruzzo	1.104	6,3%	184	21,9%
Molise	278	0,7%	36	2,9%
Campania	4.334	-2,9%	791	35,0%
Puglia	3.298	4,6%	588	5,8%
Basilicata	513	-2,1%	68	-1,4%
Calabria	1.523	-12,2%	280	1,1%
Sicilia	4.311	9,4%	848	4,6%
Sardegna	1.394	4,3%	227	7,6%
ITALIA	46.964	-1,1%	7.657	14,9%

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Il rapporto tra popolazione assistibile e numero di MMG è abbastanza omogeneo nelle diverse Regioni e tendenzialmente compreso tra 1000 e 1200, fatta eccezione per Bolzano, che si caratterizza per un numero di residenti per medico pari a 1605 e superiore alla media nazionale del 47 per cento³⁰. Per i PLS, invece, la situazione si presenta molto più differenziata. Innanzitutto, in tutte le

³⁰ Si consideri però che nella Provincia di Bolzano la convenzione dei medici di base stabiliva quale massimale 2.500 scelte per MMG, solo recentemente ridotto a 2.000, rispetto al contratto vigente in tutte le altre Regioni che fissa il massimale a 1.500 pazienti adulti.

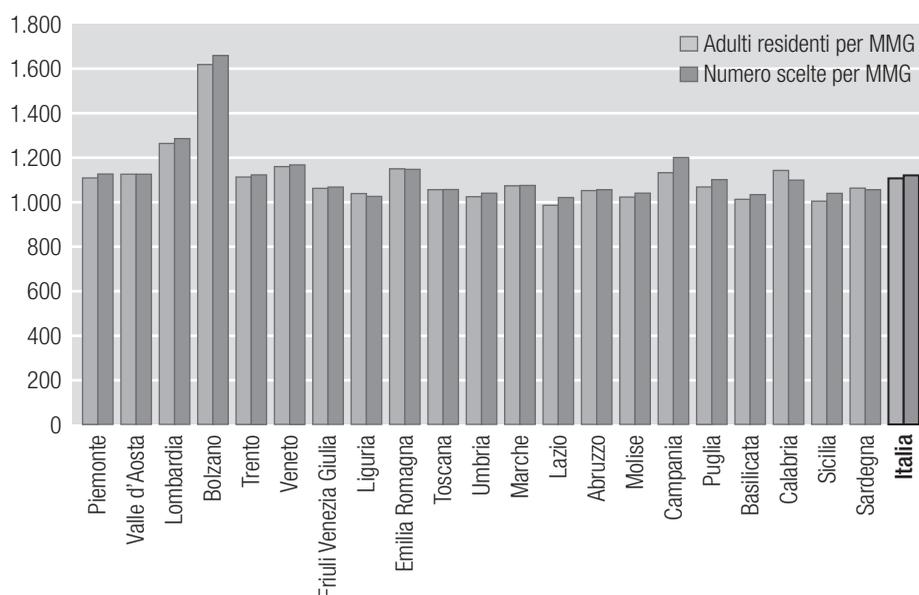
Regioni il numero di bambini assistibili per pediatra eccede il massimale di 800 pazienti stabilito dal contratto di convenzione, con le Regioni del Centro Italia che, insieme a Valle d'Aosta, Trento, Emilia Romagna, Abruzzo, Sicilia e Sardegna, sono le più vicine al rispetto di tale standard. Esistono, peraltro, delle realtà che evidenziano uno scostamento significativo rispetto al valore medio nazionale, ovvero in Piemonte (+8 per cento), Campania (+11 per cento) e Bolzano (+20 per cento).

Relativamente al numero di scelte per medico convenzionato, se si confrontano tra loro carico potenziale e carico effettivo di assistenza, senza distinzione tra MMG e PLS, il numero di scelte per medico risulta inferiore alla popolazione assistibile per tutte le Regioni. Tutto ciò sta a significare:

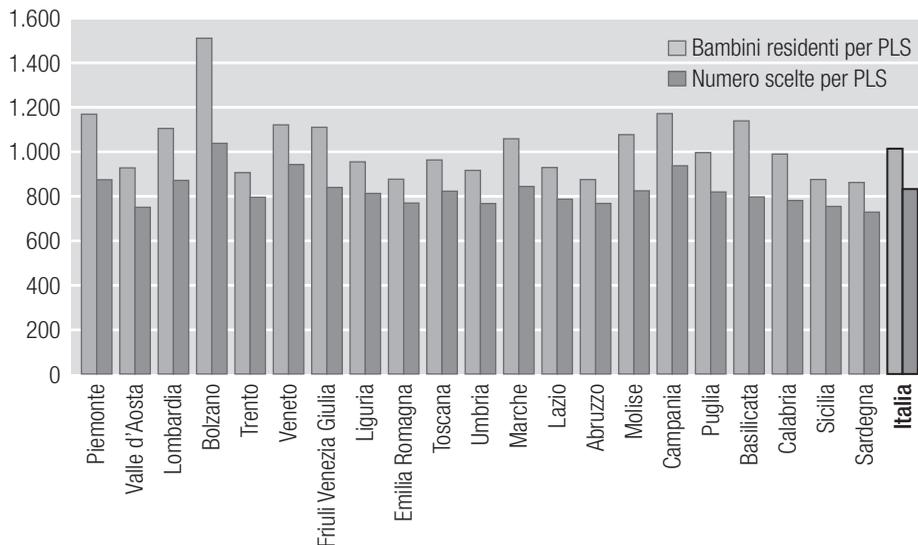
- ▶ una carenza di PLS rispetto alla domanda di assistenza pediatrica, con il conseguente ricorso all'assistenza dei MMG per alcuni bambini;
- ▶ un carico di lavoro per MMG leggermente superiore a quello potenziale;
- ▶ un «grado di copertura», globalmente considerato, inferiore al bisogno potenziale della popolazione residente totale.

Un'ultima considerazione riguarda il servizio di guardia medica, che garantisce la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, assicurando inoltre interventi domiciliari e territoriali per le urgenze

Figura 2.9 **Popolazione assistibile per MMG e numero scelte per MMG, 2007**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Figura 2.10 **Popolazione assistibile per PLS e numero scelte per PLS, 2007**

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

notturne, festive e prefestive. L'attività di guardia medica è organizzata nell'ambito della programmazione regionale, in modo da rispondere quanto più adeguatamente possibile alle esigenze legate alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche locali. Si rimanda al Capitolo 2 del Rapporto OASI 2008 per gli ultimi dati disponibili sul tema.

2.5 Le attività del SSN

Come già evidenziato nei precedenti Rapporti OASI, la rilevazione dei livelli di attività del SSN è piuttosto complessa. In passato tale complessità era legata alla mancanza di un reale collegamento tra i livelli di attività svolta ed i finanziamenti ottenuti dalle aziende. Con l'introduzione del nuovo sistema di finanziamento a tariffa per prestazione è aumentata la completezza delle rilevazioni disponibili nel SIS in termini di ricoveri ospedalieri e, anche se con ritardo, delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. A partire dal 2007 è anche aumentato il grado di accuratezza delle informazioni sulle attività territoriali svolte a livello ambulatoriale e domiciliare, semiresidenziale e residenziale. Tuttavia, negli ultimi anni, si è riscontrato un ritardo nella diffusione dei dati a causa di un rallentamento generato dai processi di aggiornamento dei flussi informativi rilevati dal Ministero e dalle Regioni, soprattutto con riferimento alle attività ospedaliere. Rispetto a questo capitolo, ciò ha determinato l'impossibilità di aggiornare i dati già presen-

tati nel Capitolo 2 del Rapporto OASI 2008. Nelle seguenti pagine si riprendono quindi i risultati principali emersi nel Rapporto OASI 2008, proponendo alcune integrazioni, laddove sia intervenuta la pubblicazione di nuovi dati.

2.5.1 Le attività di ricovero

Dall'analisi dei dati proposti nel Rapporto OASI 2008 è possibile trarre le seguenti indicazioni di sintesi.

In termini di attività ospedaliera, si registra un aumento dei casi trattati fino al 2002 (ad eccezione del 2000, in cui i ricoveri si sono ridotti circa dello 0,4%), una riduzione nel 2003, una sostanziale stabilità nel periodo 2004-06 (con variazioni comprese tra -1 e +1,5%) e una forte riduzione nel 2007 (-4,2% rispetto al 2006). Analizzando più dettagliatamente la variazione dei ricoveri tra il 2006 e il 2007, si rileva per gli acuti una riduzione sia dei ricoveri in regime ordinario (239.175 casi in meno) sia di quelli in DH (273.086 casi in meno). Inoltre, si è registrata una lieve riduzione anche per i ricoveri in riabilitazione (-3.616) e lungodegenza (-2.480). Complessivamente, nel 2007 si sono avute 12.319.301 dimissioni (in strutture pubbliche, equiparate, private accreditate e non; in regime ordinario e in DH; per acuti, riabilitazione e lungodegenza).

La degenza media per acuti in regime ordinario si è progressivamente ridotta fino al 2002 (da 7,1 del 1998 a 6,7 nel 2002), per poi stabilizzarsi a 6,7 nel periodo 2003-07. In conseguenza della riduzione della degenza media, si rileva anche un calo delle giornate di degenza, piuttosto rapido (2-4% l'anno) nel periodo 1998-2000, più contenuto (1-2%) a partire dal 2001. Nel 2007 sono state rilevate 76.569.034 giornate di degenza, con un decremento dell'1,8% rispetto al 2006 (Tabella 2.14 e Figura 2.11).

La Tabella 2.15 scompone i dati di sintesi relativi a numero di dimessi, giornate di degenza e degenza media per tipologia di istituto (pubblico o privato accreditato)³¹, tipologia di attività (per acuti, riabilitazione e lungodegenza) e regime di ricovero (ordinario e *day hospital*). Si evidenzia la significativa rilevanza degli istituti privati accreditati nell'ambito dell'attività di riabilitazione in RO (51% dei dimessi e 52% delle giornate di degenza) e di lungodegenza (45% dei dimessi e 54% delle giornate di degenza). Mediamente le strutture private hanno una degenza media inferiore alle pubbliche per i ricoveri per acuti (5,2 rispetto a 7 giorni), mentre presentano degenze medie simili per la riabilitazione (26,2 rispetto a 27,7) e maggiori per la lungodegenza (42,8 rispetto a 30,2).

La rilevanza del privato (accreditato e non) può essere riletta anche in termini

³¹ Si tenga presente che, nelle distinzioni tra pubblico e privato, le strutture equiparate (IRCCS, policlinici, ospedali classificati, istituti qualificati e enti di ricerca) confluiscono nella categoria delle strutture pubbliche.

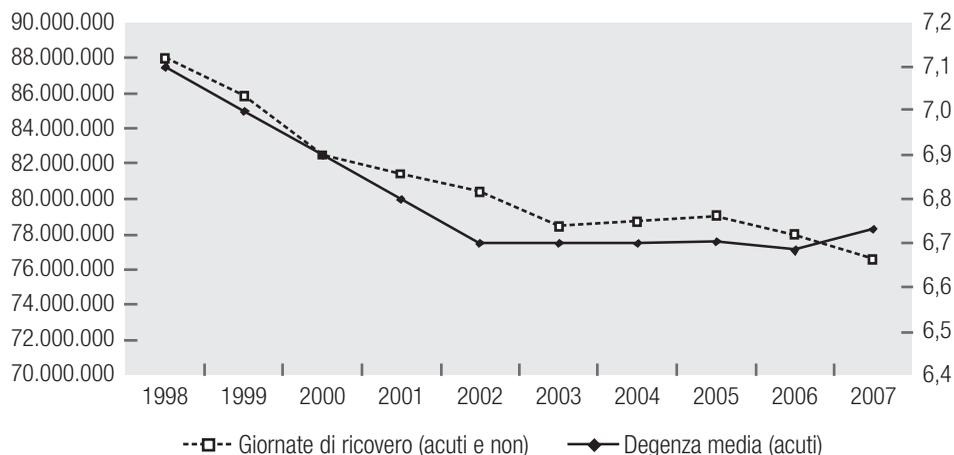
Tabella 2.14 **Dati generali sull'attività di ricovero a livello nazionale (1998-2007)**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Dati di attività										
Numero di Dimissioni (1)	12.577.826	12.727.449	12.671.564	12.939.571	12.948.710	12.818.905	12.991.102	12.966.874	12.857.813	12.319.301
Giornate di ricovero (1)	88.009.005	85.811.850	82.484.479	81.425.592	80.393.353	78.450.940	78.750.718	79.070.702	78.008.561	76.569.034
Rapporto tra giornate in DH e in RO (%) (2)	9,3	10,2	11,8	13,4	15,1	17,0	18,4	19,1	19,1	17,4
Degenza media (3)	7,1	7	6,9	6,8	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7
Completezza della rilevazione										
N. Regioni e Prov. Aut.	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
N. istituti (4)	1.386	1.388	1.322	1.329	1.397	1.398	1.332	1.337	1.323	1.471

Note:

- (1) Totale dei ricoveri ospedalieri in strutture pubbliche, equiparate e private (accreditate e non), sia in regime ordinario che in DH, per acuti e per riabilitazione e lungodegenza
- (2) Solo ricoveri per acuti
- (3) Solo ricoveri per acuti in regime ordinario
- (4) La riduzione nel numero di istituti compresi nella rilevazione nel periodo 1998-2000 (ad eccezione di un piccolo incremento di 2 unità nel 1999) è prevalentemente attribuibile alla riduzione degli istituti esistenti (in seguito al loro accorpamento), mentre il successivo aumento del periodo 2000-2003 (più consistente nel biennio 2001-2002) e nel 2007 è da attribuire all'incremento del numero di istituti di cui sono pervenute le schede SDO. Ad oggi la copertura della rilevazione è pari al 99% degli istituti esistenti (solo in una regione la percentuale di copertura della rilevazione si attesta a quasi 96%).

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO ministero della Salute

Figura 2.11 **Degenza media in RO per acuti e giornate di degenza (1998-2007)**

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Tabella 2.15 **Dimessi, giornate di degenza e degenza media per tipologia di istituto, tipologia di attività e regime di ricovero (2007)**

	Numero casi			Numero giornate			Degenza media		
	Istituti pubblici	Istituti privati	Totale	Istituti pubblici	Istituti privati	Totale	Istituti pubblici	Istituti privati	Totale
Acuti – RO	6.671.445	1.202.133	7.873.578	46.765.011	6.245.670	53.010.681	7,0	5,2	6,7
Acuti – DH	3.145.043	423.375	3.568.418	8.875.458	768.629	9.644.087	2,8	1,8	2,7
Riabilitazione – RO	146.971	150.848	297.819	3.846.248	4.176.676	8.022.924	26,2	27,7	26,9
Riabilitazione – DH	50.909	15.306	66.215	596.747	345.465	942.212	11,7	22,6	14,2
Lungodegenza (1)	55.486	45.139	100.625	1.673.350	1.930.426	3.603.776	30,2	42,8	35,8
Neonati sani (2)	353.913	58.733	412.646	1.151.680	193.674	1.345.354	3,3	3,3	3,3
TOTALE	10.423.767	1.895.534	12.319.301	62.908.494	13.660.540	76.569.034			

(1) Dimessi da regime di ricovero ordinario e day hospital

(2) Dimessi da regime di ricovero ordinario e classificati con DRG 391

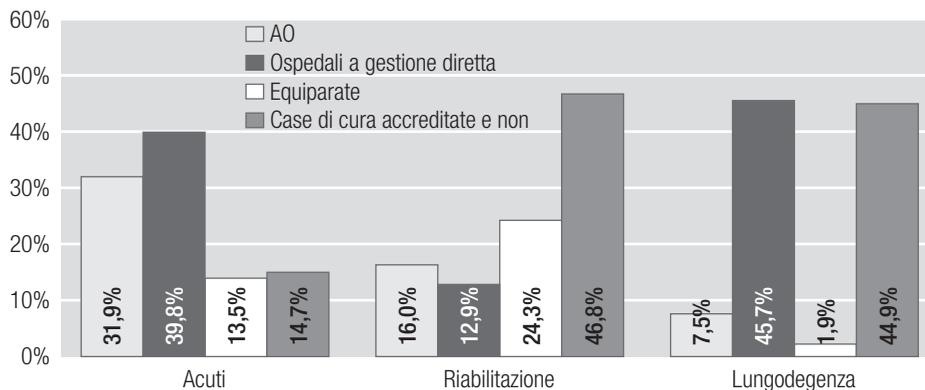
Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

di trend. Nei ricoveri per acuti (RO+DH), infatti, la sua quota di attività è passata dal 10,8% nel 1998 al 14,2% nel 2007 a livello nazionale. Rispetto alla distribuzione regionale, le percentuali più elevate (dati 2006) si registrano in Campania (22,9%), Abruzzo (22%), Calabria (20,3%), Lombardia (18,3%), Lazio (17,7%) e Sicilia (16%).

La Figura 2.12 illustra, infine, la distribuzione dei dimessi per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale. Gli oltre 12,5 milioni di ricoveri ospedalieri³² realizzati nel 2006 si compongono per oltre il 96 per cento di ricoveri per acuti, la stragrande maggioranza dei quali viene erogata dagli istituti pubblici, attraverso Ospedali a gestione diretta (39,8 per cento) e Aziende ospedaliere (31,9 per cento). I ricoveri per riabilitazione, invece, si suddividono equamente tra strutture pubbliche ed equiparate da un lato (53,2 per cento) e case di cura private, accreditate e non, dall'altro (46,8 per cento). La lungodegenza, infine, viene erogata soprattutto dal privato (44,9 per cento) e da Ospedali a gestione diretta (45,7 per cento); l'elevato tasso di attività di queste ultime strutture è probabilmente giustificato dalla carenza di un'adeguata offerta di servizi territoriali pubblici a favore delle patologie cronic-degenerative.

Un ulteriore indicatore di analisi dell'attività ospedaliera è il tasso di ospedalizzazione, che esprime la frequenza con la quale la popolazione residente si ricovera nelle strutture ospedaliere, pubbliche o private, sia dentro che fuori Regione. Tale indicatore (eventualmente standardizzato per classi di età della popolazione) può contribuire a valutare i miglioramenti di efficienza conseguibili attraverso l'appropriatezza dell'ambito di cura³³. Negli ultimi anni, infatti, è stato dato grande impulso allo sviluppo di forme alternative al ricovero, in par-

Figura 2.12 **Distribuzione dei dimessi (RO + DH) per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale (2006)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

³² Tale dato non coincide con quello riportato nella Tabella 2.14 – riferito al numero totale dei ricoveri – in quanto dai ricoveri ospedalieri sono esclusi i ricoveri per neonati sani (circa 340.000 casi) e poco più di 2300 schede di dimissione errate, che non risultano classificabili.

³³ Una maggiore appropriatezza degli ambiti di cura, oltre che strumento per recuperare efficienza operativa, può tradursi in un beneficio per il paziente, aumentando la coerenza e la rispondenza dell'offerta ai bisogni del malato, incrementando quindi anche l'efficacia della prestazione.

ticolare all'ospedalizzazione domiciliare e all'erogazione di prestazioni di riabilitazione e lungodegenza in strutture territoriali. La normativa (legge 662/96, art. 1) fissa quale valore ottimale 160 ricoveri annui per 1.000 abitanti, in regime ordinario e day hospital, per acuti e non³⁴. Più recentemente, l'art. 4 dell'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (comma 1, lettera b) ha stabilito che le regioni, entro il 2007, devono garantire quanto meno il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per i ricoveri ordinari e in regime diurno entro il 180 per 1.000 abitanti residenti, di cui il 20% in day hospital, precisando anche gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006. Ciò al fine di conseguire progressivamente l'obiettivo fissato con la L.662/1996, attraverso il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero. Il dato effettivo nazionale al 2007 risulta pari a circa 131 ricoveri ordinari per acuti e 60 ricoveri per acuti in day hospital ogni 1.000 abitanti, per un totale di circa 191 ricoveri per acuti (Tabella 2.16). Tale valore si è ridotto nel corso degli ultimi anni, ma è comunque nettamente superiore allo standard obiettivo (160 per 1.000 abitanti), anche senza considerare riabilitazione e lungodegenza. Si rileva, tuttavia, che rispetto al limite posto dall'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005, Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana e Umbria risulterebbero adempienti.

Con riferimento specifico ai tassi di ospedalizzazione per acuti, a livello nazionale si è rilevata nel 2007 una riduzione sia di quelli per ricovero ordinario (circa 5 per 1.000 in meno rispetto all'anno precedente), sia per quelli in day hospital (4,5 in meno rispetto all'anno precedente).

Ancora una volta, però, è necessario prestare attenzione alla forte differenziazione regionale.

La Tabella 2.16 evidenzia chiaramente come le regioni del Sud (ad eccezione di Basilicata e Sardegna), la Liguria e il Lazio registrino i tassi di ospedalizzazione complessivi più elevati rispetto al dato nazionale (con un massimo di 278,45 per 1.000 in Molise), mentre le regioni del Centro e del Nord mostrano valori inferiori alla media nazionale.

Se si considerano i soli tassi di ospedalizzazione per acuti in regime ordinario, sono Molise e Abruzzo a presentare i valori più elevati (rispettivamente circa 200 e 155 ricoveri per 1.000 abitanti); con riferimento ai tassi per acuti in regime diurno, invece, ciò avviene per Sicilia e Liguria (rispettivamente 99,23 e 90,53 ricoveri per 1.000 abitanti).

Risulta, infine, particolarmente interessante il confronto interregionale riferito ai tassi di ospedalizzazione standardizzati. La procedura di standardizzazione consente di depurare il dato grezzo dalla diversa composizione per età

³⁴ Si tratta di un tasso di ospedalizzazione grezzo, che non considera la standardizzazione per classi di età.

Tabella 2.16 **Tasso di ospedalizzazione per regime di ricovero regione (2007)**

Regione di residenza	Acuti		Riabilitazione		Lungodegenza
	Regime ordinario	Day Hospital	Regime ordinario	Day Hospital	
Piemonte	106,85	64,16	6,92	0,78	2,21
Valle d'Aosta	131,58	58,62	3,52	0,17	0,05
Lombardia	128,53	45,06	9,36	1,57	0,55
P. A. Bolzano	141,26	50,09	5,19	0,26	3,96
P. A. Trento	136,09	59,30	9,98	2,22	3,54
Veneto	111,14	45,42	4,63	1,35	2,41
Friuli-Venezia Giulia	132,65	38,06	3,36	0,46	1,11
Liguria	128,60	90,53	7,10	1,14	0,09
Emilia-Romagna	128,13	43,68	3,03	0,94	6,89
Toscana	110,56	51,55	3,09	0,53	0,75
Umbria	123,96	58,95	3,25	1,10	0,31
Marche	146,60	50,42	3,88	0,53	3,10
Lazio	133,79	65,77	5,73	2,92	1,00
Abruzzo	155,15	58,11	7,57	0,64	1,09
Molise	200,30	67,07	9,49	0,64	0,96
Campania	143,00	73,83	2,65	0,75	1,88
Puglia	157,39	52,34	4,56	0,40	1,66
Basilicata	121,81	71,58	3,55	0,79	0,80
Calabria	145,12	66,68	3,57	0,65	1,06
Sicilia	136,34	99,23	2,46	1,18	0,50
Sardegna	135,90	55,88	0,90	0,26	0,73
ITALIA	131,29	59,97	5,06	1,14	1,69

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

nelle diverse Regioni. In questo caso, nel 2006, rispetto alla media nazionale (128,59 per 1.000), i valori massimi si registrano nelle Regioni del Sud, a cui si aggiungono Bolzano, Lazio e Marche; i valori più bassi, invece, si osservano in Toscana (100,35), Piemonte (100,63) e Veneto (108,8).

Agli indicatori tradizionali di misurazione dell'attività di ricovero, infine, il Ministero affianca due ulteriori classi di indicatori:

- ▶ indicatori di complessità, che comprendono l'indice di case-mix trattato, il peso medio, la percentuale dei casi complicati e il peso medio dei ricoveri degli anziani (65 anni e oltre);
- ▶ indicatori di efficacia e appropriatezza, per verificare che le prestazioni siano erogate a quei pazienti che realmente ne possono beneficiare, al livello di assistenza più adatto e con la tempestività necessaria a garantirne l'utilità.

Anche rispetto a queste due classi di indicatori non sono disponibili misure aggiornate. Si richiamano quindi brevemente alcune considerazioni.

Con riferimento alla complessità, nel corso degli anni si è registrato un costante incremento del peso medio dei ricoveri fino al 2005 (da 1,05 nel 1998 a 1,26 nel 2005). Successivamente, la serie storica ha registrato un'interruzione, dovuta al cambiamento del sistema di classificazione dei DRG (dal 2006 è stata adottata la versione 19.0). Il dato medio nazionale è pari, nel 2007, a 1,11. Il valore di questo indicatore resta molto più elevato al Nord (tranne Bolzano) e al Centro rispetto al Sud.

Si rileva, inoltre, un miglioramento dell'appropriatezza, per quanto espresso dai seguenti indicatori: percentuale di dimissioni di pazienti con DRG medico da parte di reparti chirurgici (dal 45% del 1998 al 36% del 2007) e tasso di ospedalizzazione per diabete (da 151 per 100.000 abitanti del 1998 a 92 del 2007). Va però segnalato l'andamento sfavorevole di un altro indicatore: la percentuale di parti cesarei (dal 31% del 1998 al 39% del 2007).

2.5.2 Le attività territoriali

Con riferimento all'assistenza territoriale, va innanzi tutto ricordato che si dispone di dati sistematici solo a partire dal 2004. A questo è necessario aggiungere una forte disomogeneità nella definizione e classificazione dei dati e delle informazioni, che dovrebbe essere superata con lo sviluppo del nuovo SIS e il relativo potenziamento dei flussi informativi.

Anche in questo caso mancano dati aggiornati rispetto a quanto già pubblicato nel Capitolo 2 del Rapporto OASI 2008. In termini estremamente sintetici, si richiamano, quindi, di seguito le indicazioni più significative.

Le rilevazioni più complete riguardano le prestazioni di attività clinica, di laboratorio e di diagnostica per immagini e strumentale, che vengono erogate in assistenza territoriale dalle strutture pubbliche e private accreditate. Nel 2006 sono state erogate oltre un miliardo di prestazioni appartenenti a questa categoria, con una media regionale per abitante che va dalle 16 prestazioni dell'Umbria alle quasi 25 di Veneto e Liguria e una media nazionale prossima a 22.

Un'altra tipologia di attività erogata a livello territoriale è l'assistenza domiciliare integrata, a cui viene dedicato particolare interesse, se non altro per il livello di coordinamento organizzativo richiesto. Nel 2006 sono stati mediamente

trattati in ADI 774 pazienti ogni 100.000 abitanti, ma la differenziazione interregionale (anche a causa della già citata eterogeneità nella rilevazione e classificazione dei dati) è molto forte in termini di: (i) numero di casi trattati, con un intervallo compreso tra i 53 casi per 100.000 abitanti della Valle D'Aosta ai 2095 del Molise e i 2163 del Friuli-Venezia Giulia; (ii) tipologia di pazienti trattati, anziani nel 94,5% dei casi in Liguria e solo nel 57% dei casi in Molise; (iii) intensità di assistenza erogata, che varia dalle 183 ore per caso trattato della Valle d'Aosta alle 8 del Molise.

2.6 Le caratteristiche dei bisogni e della domanda espressa dagli utenti

Il processo di aziendalizzazione della sanità italiana richiede alle aziende (e alle Regioni in qualità di capogruppo dei SSR) di conseguire l'economicità, cioè la «capacità mantenuta nel lungo periodo di soddisfare i bisogni considerati di pubblico interesse dalla comunità facendo affidamento su un flusso di ricchezza fisiologico, ossia considerato economicamente sopportabile e socialmente accettabile dalla comunità stessa» (Borgonovi 2000: 103). Per questo motivo, Regioni ed aziende debbono sviluppare capacità strategiche e organizzative per: (i) analizzare le caratteristiche del bisogno di salute della propria popolazione di riferimento, della domanda sanitaria e del comportamento degli utenti, individuando eventuali cambiamenti in atto o probabili in futuro; (ii) verificare il proprio livello di efficacia attuale e (iii) innovare e gestire in modo sempre efficiente ed efficace i propri servizi.

L'analisi delle caratteristiche dei bisogni e della domanda richiede la considerazione di una pluralità di variabili (demografiche, epidemiologiche, sociali ed economiche), la cui incidenza varia tra le Regioni e all'interno delle stesse. Un'analisi approfondita che permetta l'individuazione di tutte le variabili che incidono sul bisogno e la domanda di salute e delle relative fonti di dati e informazioni esula dagli obiettivi del presente capitolo. Si rimanda al Rapporto Osservasalute (www.osservasalute.it) per una trattazione sistematica del quadro epidemiologico che caratterizza le diverse regioni. Qui di seguito si presentano solo alcuni indicatori, per delineare gli aspetti principali del quadro demografico di riferimento, che costituisce uno dei fattori più rilevanti per la determinazione delle propensioni al consumo sanitario (Cutler e Sheiner 2001; Herwartz e Theilen 2003; Spillman e Lubitz 2000).

Nel corso del 2008 la popolazione residente in Italia ha superato la soglia dei 60 milioni di abitanti, esattamente 50 anni dopo il superamento dei 50 milioni di abitanti, avvenuto nel 1959. Al 31 dicembre 2008, infatti, la popolazione complessiva risulta pari a 60.045.068 unità. Nel 2008 si è registrato un incremento della popolazione residente di 425.778 unità, pari allo 0,7 per cento, dovuto completamente alle migrazioni dall'estero. La variazione di popolazione è stata infatti de-

terminata dalla somma delle seguenti voci: il saldo del movimento naturale pari a -8.467 unità, il saldo del movimento migratorio con l'estero pari a +453.765, un decremento dovuto al movimento per altri motivi e al saldo interno pari a -19.520 unità³⁵.

La crescita della popolazione non è uniforme sul territorio nazionale in conseguenza di bilanci naturali e migratori notevolmente diversificati. Si conferma anche per il 2008 un movimento migratorio, sia interno sia dall'estero, indirizzato prevalentemente verso le regioni del Nord e del Centro, e un saldo naturale che risulta positivo solo nelle regioni del Sud e nelle Isole. Il risultato di queste dinamiche contrapposte è una variazione positiva di varia entità in tutte le ripartizioni geografiche, ma piuttosto modesta nelle Isole e nelle regioni meridionali. La distribuzione della popolazione residente per ripartizione geografica assegna ai comuni delle regioni del Nord-ovest il 26,5 % del totale, a quelli del Nord-est il 19,1 %, al Centro il 19,6 %, al Sud il 23,6 % e alle Isole l'11,2 %. Tali percentuali risultano pressoché invariate rispetto all'anno precedente: si rileva solo un lieve incremento della quota di popolazione del Nord-est a scapito di quella del Sud.

Sul fronte dell'invecchiamento della popolazione, l'Italia è una delle nazioni con più anziani nel panorama europeo. Possiede infatti, insieme alla Germania, il primato di ultra65enni sul totale dei residenti (in Italia sono il 20,1% contro il 17% della media dei Paesi UE27) e, insieme a Germania e Grecia, quello, in negativo, di bambini fino a 14 anni di età (14,1% contro il 16% della media UE27). Anche il peso degli over 65 sulla popolazione in età attiva è pari al 30% (era il 24% nel 1997) contro una media europea del 25%. Conseguentemente, il rapporto tra anziani e giovani (indice di vecchiaia) ha mostrato anch'esso un costante aumento negli anni, attestandosi al 143% nel 2008. Lo stesso vale per l'indice di dipendenza strutturale, ossia il rapporto tra popolazione in età attiva e non attiva, che ha toccato al 1° gennaio 2008 un valore pari al 52%.

A livello territoriale (Tabella 2.17) l'invecchiamento della popolazione riguarda tutte le aree del Paese, pur in presenza di una discreta variabilità. La regione dove risiede il maggior numero di anziani ultra65enni in rapporto al totale è la Liguria, con il 26,8%, quella dove risiede il maggior numero di minori di 14 anni è la Campania con il 16,7%.

Oltre ai fattori demografici, altri fattori rilevanti nell'analisi dei bisogni sono quelli economici, sociali ed epidemiologici. Le differenze territoriali rispetto a queste variabili possono contribuire a spiegare il differente ricorso ai servizi socio-sanitari. Regioni ed aziende devono quindi sviluppare tecniche e modalità operative per l'analisi dei bisogni che sappiano integrare dati demografici, epidemiologici, sociali ed economici e permettano l'individuazione dei migliori servizi da offrire alla popolazione.

³⁵ A livello nazionale, il saldo migratorio interno può risultare diverso da zero a causa dello sfasamento temporale delle registrazioni anagrafiche di iscrizione e cancellazione.

Tabella 2.17 **Indicatori di struttura demografica, per Regione (2008)**

Regione	% 65 anni e oltre	Vecchiaia*	Dipendenza strutturale**	Età media
Piemonte	22,7	180	55	44,5
Valle D'Aosta	20,6	152	52	43,3
Lombardia	19,9	143	51	42,7
Bolzano	17,5	102	51	40,1
Trento	19	124	52	41,9
Veneto	19,6	139	51	42,5
Friuli	23,1	188	55	45,0
Liguria	26,8	239	48	47,0
Emilia Romagna	22,5	177	55	44,4
Toscana	23,2	188	55	44,9
Umbria	23,1	184	56	44,5
Marche	22,4	171	55	43,9
Lazio	19,7	141	50	42,4
Abruzzo	21,3	162	53	43,2
Molise	21,8	170	53	43,5
Campania	15,9	92	48	38,9
Puglia	18,0	116	49	40,6
Basilicata	20,1	144	51	42,0
Calabria	18,7	126	50	41,0
Sicilia	18,4	100	51	40,6
Sardegna	18,7	147	45	42,3
Italia	20,1	143	52	42,5

*Calcolato come rapporto tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e quella infantile (fino a 14 anni), moltiplicato per 100.

**Calcolato come rapporto tra la somma della popolazione anziana e infantile al numeratore, la popolazione adulta (15-64 anni) al denominatore, moltiplicato per 100.

Fonte: elaborazioni OASI su dati ISTAT

A tal fine, un primo passaggio rilevante è valutare l'attuale capacità di risposta ai bisogni, individuando adeguati indicatori dei livelli di efficacia raggiunti (rapporto output / outcome). Nel Box 2.2 sono riportati i principali indicatori gestionali di efficacia delle aziende sanitarie, come elencati nel Rapporto OASI 2001.

Box 2.2 Indicatori di efficacia gestionale per le aziende sanitarie (Cantù 2002: 69)

Alcuni possibili indicatori gestionali di efficacia delle aziende sanitarie (oltre a quelli più diretti di efficacia sanitaria, la cui valutazione è di competenza del personale medico o di studi epidemiologici e si basa sull'esistenza di dati scientifici validi attestanti la capacità di una prestazione sanitaria di migliorare in modo misurabile quantità o qualità della vita dei pazienti) possono essere (Borgonovi e Zangrandi, 1996):

- dimensione dei flussi di mobilità in uscita ed entrata di pazienti (ASL) e provenienza dei pazienti (AO), che sono indicatori di soddisfazione / insoddisfazione dei pazienti;
- tempi di attesa per tipologie di servizi e di prestazioni. Elevati tempi di attesa possono essere legati ad una domanda particolarmente elevata di servizi (determinata dall'assenza di «filtri» alla domanda o da una carenza dell'attività di prevenzione o dalla creazione di domanda impropria), o a un elevato tasso di attrazione di pazienti (in questo caso tempi di attesa particolarmente elevati sono sintomo di efficacia);
- grado di soddisfazione del cittadino-paziente così come rilevabile attraverso periodiche indagini;
- tasso di ricovero o numero di prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione rispetto alla popolazione (solo per ASL), che può essere indicatore di maggiore efficacia o di eccesso di prestazioni;
- livello delle prestazioni di prevenzione. Tanto maggiore il numero di prestazioni, tanto maggiore può essere considerata l'efficacia, a meno che non sia rilevabile un uso distorto delle strutture;
- frequenza di «eventi» che segnalano situazioni di disfunzioni (es. denunce di disfunzioni e carenze assistenziali o mancata risposta alla richiesta di prestazioni, azioni legali e reclami), che può però essere correlata alla presenza o assenza di movimenti di difesa del cittadino-paziente.

Molti degli indicatori sopra elencati presentano un limite: spesso la loro interpretazione non può essere univoca.

Il SSN, inoltre, pone tra i principi alla base della sua istituzione la promozione, il mantenimento ed il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio (art. 1 L. 833/78). Il raggiungimento di un adeguato livello di equità è quindi una delle finalità istituzionali del SSN e delle aziende che vi operano. La misurazione del grado di equità raggiunto dal sistema rappresenta un ulteriore indicatore di efficacia dell'attività.

Tra gli indicatori di efficacia gestionale assumono particolare rilevanza quelli relativi a:

- ▶ flussi di mobilità;
- ▶ tempi di attesa;
- ▶ grado di soddisfazione dei cittadini.

Di seguito verranno presentati alcuni dati relativamente a questi tre temi.

La migrazione sanitaria, ossia la fruizione di una prestazione sanitaria in una struttura ospedaliera localizzata in un'altra Regione rispetto a quella di residenza, può essere motivata da ragioni oggettive (centri di alta specialità, malattie rare), da esigenze geografiche, varie o familiari, da un'inadeguata distribuzione dei servizi diagnostico-terapeutici, da disinformazione, oppure da differenze reali o percepite rispetto alla qualità delle cure offerte dalle strutture regionali ed extra-regionali. Quest'ultima motivazione è confermata dall'analisi dell'ISTAT (2007), da cui emerge che il 59,5% dei ricoveri effettuati fuori dalla regione di residenza è motivato dalla maggiore fiducia nella competenza dei medici della struttura scelta e il 13,9 % delle persone ricoverate migra perché non ha fiducia nelle strut-

ture della propria regione (infine il 21,5% dei ricoveri avviene fuori dalla regione di residenza perché la struttura era più comoda da raggiungere o più vicina ai parenti)³⁶. Nel Sud e nelle Isole è più elevata la percentuale sia di chi non ha fiducia nelle strutture della regione di residenza (20,7%), sia di chi ha più fiducia nella competenza dei medici di altre regioni (65,8%).

L'analisi dei flussi di mobilità può essere quindi utilizzata per valutare la qualità dei servizi sanitari offerti dalle diverse strutture o Regioni, considerando le scelte di mobilità dei pazienti come una *proxy* della reputazione delle stesse. Nel prosieguo si presentano alcune analisi sui flussi di mobilità interregionale.

La Figura 2.13 sintetizza le informazioni di mobilità per il 2006 relative ai ricoveri ordinari per acuti, utilizzando come coordinate per il posizionamento di ciascuna Regione due variabili:

- ▶ tasso di fuga: ricoveri dei residenti in strutture fuori Regione sul totale dei ricoveri dei residenti della Regione;
- ▶ tasso di attrazione: ricoveri di pazienti provenienti da altre Regioni sul totale dei ricoveri effettuati dalle strutture della Regione.

In questo modo è possibile evidenziare quattro quadranti (separati dalla media nazionale) e classificare le Regioni come indicato nel Box 2.3.

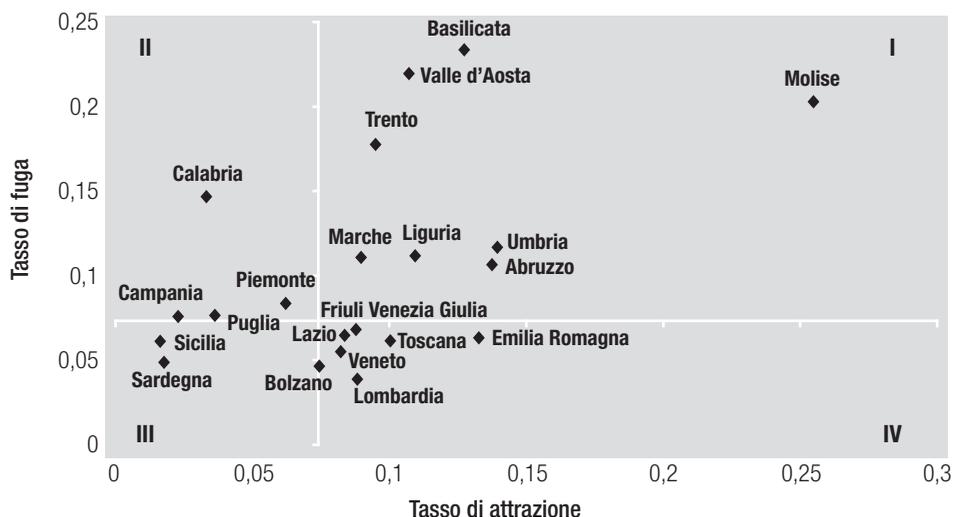
Nel corso degli ultimi tre anni la mobilità fuori Regione è rimasta praticamente inalterata ed è pari, nel 2006 come nel 2005, al 7,3% (era 7,2% nel 2004). A livello regionale, si registra una sostanziale stabilità dei tassi di attrazione e fuga, a meno di un incremento del tasso di attrazione in Abruzzo e Molise (passati, rispettivamente, da 13% a 13,7% e da 24,2% a 25,4%), di un incremento del tasso

Box 2.3 **Classificazione delle Regioni in funzione del posizionamento all'interno della matrice attrazione-fuga (Cantù, 2002: 74)**

- Regioni «ATTRATTIVE» (quadrante IV) con elevata mobilità in entrata e più limitata mobilità in uscita (dove tendenzialmente si collocano le Regioni i cui servizi sanitari sono percepiti di elevata qualità).
- Regioni «IN DEFICIT» (quadrante II) con una pesante mobilità in uscita e ridotta mobilità in entrata (dove tendenzialmente si collocano le Regioni i cui livelli di offerta sono inferiori rispetto alla domanda o sono percepiti di bassa qualità).
- Regioni «SPECIALIZZATE» (quadrante I) con forte mobilità in uscita e in entrata (dove si collocano prevalentemente le Regioni di piccole dimensioni, in cui la mobilità è generata dalla prossimità geografica delle Regioni confinanti o dalla necessità di trovare fuori Regione le specialità che le strutture regionali non offrono, ma che nello stesso tempo riescono ad attrarre pazienti dalle Regioni confinanti per alcune specialità).
- Regioni «AUTOSUFFICIENTI» (quadrante III) con bassa mobilità in entrata ed in uscita.

³⁶ Tra gli altri motivi si rilevano: (i) i tempi di attesa (3%); (ii) il consiglio di amici/parenti (5,9%); (iii) l'assenza, nella regione di appartenenza, della specialità di cui si aveva bisogno (11,6%); (iv) altri motivi (7,2%).

Figura 2.13 **Posizionamento delle Regioni in base all'indice di attrazione* e di fuga** (2006)**



* Vengono inclusi solo i ricoveri di pazienti provenienti da altre Regioni italiane, mentre non si considerano quelli di pazienti esteri e quelli di pazienti di provenienza sconosciuta a causa della incompletezza nella compilazione delle corrispondenti SDO.

** Si considerano solo i ricoveri in altre Regioni e non quelli di pazienti italiani all'estero, poiché quest'ultimo dato non è presente nei flussi informativi ministeriali.

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

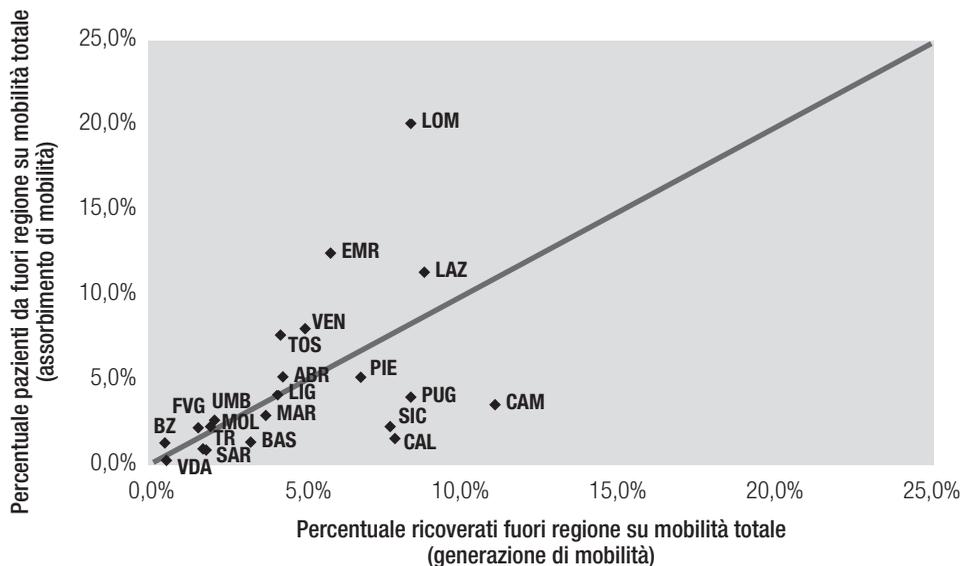
di fuga in Sardegna (da 4,2% a 4,8%) e di una riduzione del tasso di fuga in Basilicata (da 24% a 23,4%).

In Figura 2.14 i dati di mobilità sono stati elaborati calcolando altre due variabili:

- ▶ Assorbimento della mobilità: rapporto tra la mobilità attiva di una Regione (numero di pazienti provenienti da fuori Regione) e la mobilità totale a livello nazionale tra le Regioni³⁷;
- ▶ Generazione della mobilità: rapporto tra la mobilità passiva di una Regione (numero di pazienti ricoverati fuori Regione) e la mobilità totale a livello nazionale tra le Regioni.

A differenza della Figura 2.13, gli indicatori utilizzati nella Figura 2.14 non scontano le dimensioni relative delle diverse Regioni. Sono quindi meno adatti a rappresentare la maggiore o minore capacità di attrazione e di contenimento della fuga delle singole Regioni. Nello stesso tempo, però, danno una rappresentazio-

³⁷ Escludendo i ricoveri sia di pazienti provenienti dall'estero che con provenienza sconosciuta.

Figura 2.14 **Assorbimento e generazione della mobilità nelle Regioni (2006)**

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

ne più immediata del volume di mobilità generato e assorbito da ogni Regione. Le Regioni che si collocano sopra la bisettrice hanno saldo positivo, le altre negativo. In particolare:

- ▶ La Lombardia è la Regione che attrae quasi il 20% della mobilità complessiva fuori Regione, seguita da Emilia Romagna (13,3%), Lazio (11,8%), Veneto (7,9 %) e Toscana (7,3%).
- ▶ Se si considera la provenienza dei pazienti ricoverati fuori Regione rispetto alla mobilità complessiva, è la Campania a presentare la percentuale più elevata (11%), seguita da Lazio (8,9%), Puglia (8,5%), Lombardia (8,4%) Calabria (7,7%) e Sicilia (7,6%).

Nella valutazione dei dati presentati, si consideri che la popolazione residente nelle regioni citate in rapporto al dato nazionale è: 16,2% in Lombardia; 8,1% in Veneto; 7,2% in Emilia Romagna; 6,2% in Toscana; 9,3% nel Lazio; 9,7% in Campania; 6,8% in Puglia; 3,4% in Calabria e 8,4% in Sicilia. Va, inoltre, segnalato il continuo incremento dell'accuratezza delle rilevazioni: nel 1999 per più dell'8% dei casi di mobilità non era possibile definire la Regione di provenienza del paziente, a causa dell'incompletezza della compilazione delle SDO; nel 2006 tale indicatore si è ridotto allo 0,16% (a fronte dello 0,2% del 2005). Si rileva infine il continuo aumento dell'incidenza dei ricoveri di pazienti stranieri non resi-

denti in Italia sul totale dei ricoveri nazionali (dallo 0,6% nel 1999 allo 0,94% nel 2006, con un'incidenza sulla mobilità complessiva che è passata dal 7% nel 1999 all'11,4% nel 2006).

Rispetto ai tempi di attesa, negli ultimi anni si è sviluppata una forte attenzione, come dimostrano i numerosi richiami e provvedimenti normativi per la riduzione e gestione delle liste. Si rimanda al Capitolo 2 del Rapporto OASI 2007 per: (i) una ricostruzione sistematica dei principali riferimenti normativi in materia fino al 2006; (ii) la presentazione dei risultati del monitoraggio dei Piani regionali di contenimento dei tempi di attesa per prestazioni sanitarie erogate sia in regime ambulatoriale che di ricovero; (iii) la sintesi dell'indagine nazionale sull'utilizzo dei siti Web da parte di Regioni, Province Autonome e strutture sanitarie, quale strumento informativo su tempi e liste d'attesa. Si rimanda, invece, al Capitolo 2 del Rapporto OASI 2008 per le novità introdotte dalla L. 120/2007.

In assenza di flussi ministeriali stabili, una delle fonti informative più rilevanti sul tema delle liste d'attesa è il Rapporto PIT Salute a cura del Tribunale dei Diritti del Malato e di Cittadinanza Attiva. Il rapporto 2008, basato sui dati di 25.619 contatti gestiti, rileva come i cittadini di 14 Regioni individuino, tra le principali criticità, la difficoltà di accesso alle prestazioni a causa delle lunghe liste d'attesa. In particolare, questo problema è percepito nelle regioni meridionali: Sicilia, Puglia, Calabria, Basilicata e Abruzzo. Seguono le Marche e l'Umbria per il Centro e, per il Nord, la Liguria, la Lombardia, il Piemonte, il Veneto ed il Friuli Venezia Giulia.

Il Rapporto rileva come molte delle «novità» introdotte dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 siano rimaste inapplicate: in molte regioni non è ancora presente un Centro Unico di Prenotazione regionale (CUP), quale strumento in grado di assicurare tempestività, trasparenza e sinergia nell'accesso alle prestazioni sanitarie specialistiche e ospedaliere; non risultano inoltre i dati del Monitoraggio sui tempi di attesa per le 52 prestazioni contenute nel piano di contenimento nazionale, per cui era prevista una verifica a livello centrale³⁸.

L'area maggiormente interessata dal fenomeno delle liste d'attesa è la diagnostica con il 51% delle segnalazioni, seguita dalla specialistica con il 23% e dagli interventi chirurgici con il 20%. I cittadini segnalano, oltre ai tempi incompatibili rispetto alle esigenze di cura, la difficoltà nel ricevere informazioni rispetto alla posizione che si occupa all'interno delle liste d'attesa (il che rivela una scarsa trasparenza nella gestione delle pratiche).

I cittadini dichiarano, nelle aree di diagnostica e specialistica, attese incompatibili con le necessità diagnostiche e terapeutiche; richiedono informazioni sulle normative di riferimento e denunciano: tempi di attesa superiori a quelli richiesti

³⁸ Piano nazionale di contenimento delle liste di attesa per il triennio 2006-2008, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 28 marzo 2006.

dagli specialisti per ripetere le visite di controllo; liste bloccate; difficoltà di accesso al Cup; necessità di ricorrere al privato/intramoenia per tempi troppo lunghi nel canale pubblico.

Rispetto al 2007, crescono notevolmente (+ 11%) le segnalazioni riguardanti le attese per interventi chirurgici.

Ben l'85% delle segnalazioni riguarda i tempi di attesa in un ospedale pubblico, area fortemente critica per i cittadini. Il 13% si riferisce agli ospedali privati accreditati e il 2% a quelli non accreditati.

Nell'analizzare, infine, il livello di soddisfazione dei cittadini³⁹, si può fare riferimento al sondaggio condotto dalla SWG per ANAAO nel dicembre 2008 su un campione di 1.000 soggetti di età superiore a 25 anni, nonché al sesto rapporto annuale «Ospedali&Salute», che presenta i risultati di un questionario curato da Ermeneia per AIOP, somministrato a un campione di 4.210 persone adulte (che nei 12 mesi precedenti all'indagine hanno usufruito di prestazioni ospedaliere), distribuite all'interno di 2.000 famiglie italiane.

L'analisi SWG – ANAAO mette in luce una serie di criticità che, ancora una volta, sottolineano il divario esistente tra servizi erogati dalle strutture delle regioni del Nord e quelli erogati dai servizi sanitari meridionali (Tabella 2.18).

Dalla stessa indagine emergono differenze statisticamente significative tra le differenti prestazioni sanitarie indagate (Tabella 2.19). Tralasciando l'assistenza medica di base, rispetto alla quale anche le regioni meridionali fanno rilevare un buon tasso di soddisfazione, e le liste ed i tempi di attesa, rispetto alle quali il malcontento ha carattere trasversale, si riscontra un significativo disagio esistente nel meridione quando si parla di strutture, ricoveri e assistenza ospedaliera. Non è certo casuale che la percentuale di cittadini soddisfatti per i servizi erogati dagli ospedali pubblici e privati accreditati sia, tra chi risiede al Nord, doppia rispetto

Tabella 2.18 **La percentuale di cittadini soddisfatti rispetto alle prestazioni del SSN (%)**

	Dato medio	Nord	Centro	Sud e Isole
Del tutto soddisfacente	8	12	5	3
Soddisfacente	43	62	36	20
Poco soddisfacente	35	24	44	46
Del tutto insoddisfacente	14	2	15	31

Fonte: Sondaggio SWG per ANAAO sul Servizio sanitario nazionale, 2009

³⁹ Si rimanda al Capitolo 2 del Rapporto OASI 2007 per le considerazioni sull'indagine periodica dell'ISTAT «Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari» (2006).

Tabella 2.19 **La percentuale di cittadini soddisfatti rispetto alle differenti tipologie di prestazioni del SSN (%)**

	Σ di molto soddisfatto + soddisfatto			
	dato medio	Nord	Centro	Sud e Isole
L'assistenza medica di base	67	71	62	67
I ricoveri/l'assistenza ospedaliera	53	69	46	33
La qualità delle visite specialistiche	51	62	42	39
I servizi di pronto soccorso	46	54	43	36
La qualità delle strutture ospedaliere	42	53	46	22
Le liste/i tempi di attesa	12	17	10	6

Fonte: Sondaggio SWG per ANAAO sul Servizio sanitario nazionale, 2009

al Sud. Anche il servizio di pronto soccorso segnala tra Nord e Sud una differenza di ben 18 punti percentuali. Ancora più ampio il divario che si registra anche a proposito della qualità delle strutture ospedaliere che, a fronte di una soddisfazione media pari al 42% del campione, registra tassi pari al 53% di soddisfatti al Nord e al 22% nel Sud e nelle Isole.

L'indagine presentata in «Ospedali&Salute» è focalizzata proprio sulle prestazioni ospedaliere, rispetto alle quali è stato chiesto agli intervistati di esprimere un giudizio sulla qualità percepita dei servizi di cui hanno usufruito nei 12 mesi precedenti l'intervista.

La Tabella 2.20 evidenzia il giudizio sintetico degli intervistati per tipologia di struttura ospedaliera: gli ospedali privati non accreditati fanno registrare la percentuale più elevata di «molto positivo», seguiti dagli ospedali pubblici e da quelli privati accreditati. Se si considerano congiuntamente i giudizi positivi («molto positivo» + «abbastanza positivo»), gli ospedali pubblici presentano,

Tabella 2.20 **Un giudizio di sintesi rispetto alle diverse strutture ospedaliere (%)**

	Ospedale pubblico	Ospedale privato accreditato	Clinica privata non accreditata
Molto positivo	10,5	9,1	11,4
Abbastanza positivo	51,9	52,2	31,4
Un po' negativo	24,5	13,2	14,4
Del tutto negativo	3,8	1,3	5,6
Non saprei esprimere un giudizio	9,3	24,2	37,2

Fonte: elaborazione su dati Ermeneia per «Ospedali&Salute», 2008

però, la percentuale più elevata (62,4%), seguiti dai privati accreditati (61,3%) e dalle cliniche private non accreditate (42,8%). Si rileva la quota elevata di soggetti che rispondono di non essere in grado di esprimere un giudizio sul tema.

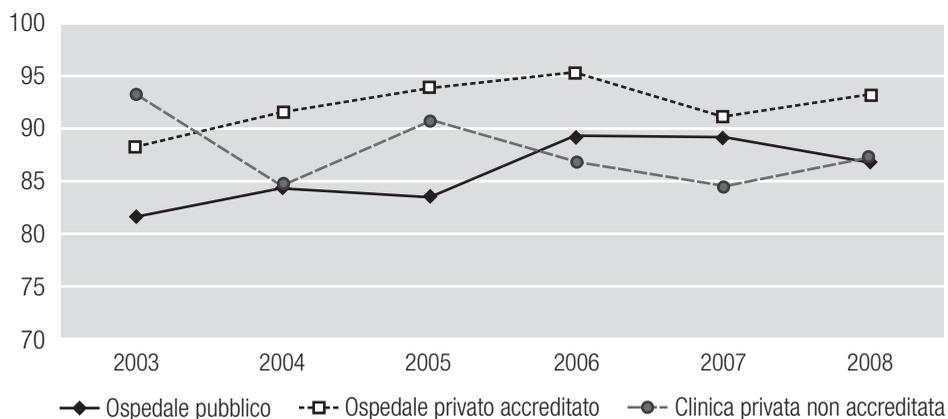
Molto interessante risulta l'andamento temporale (Figura 2.15) dei giudizi positivi («molto soddisfatto» + «abbastanza soddisfatto»), ricalcolati depurando il dato di coloro che non hanno espresso alcuna opinione: gli ospedali pubblici hanno visto costantemente aumentare il livello di soddisfazione nel corso degli anni (tranne una lieve flessione nel 2005), ma vedono una riduzione nel corso dell'ultimo anno. Ospedali privati accreditati e cliniche private non accreditate, seppur con andamenti leggermente differenti, hanno invece visto risalire l'apprezzamento dei propri pazienti, in maniera significativa proprio nel corso dell'ultimo anno, dopo un calo nel corso del 2007.

Quanto agli aspetti specifici di soddisfazione (Tabella 2.21) rispetto alla prestazione ricevuta dagli ospedali, emerge come la competenza e la professionalità degli operatori siano aspetti molto apprezzati (tendenzialmente in misura analoga) nelle tre tipologie di ospedali e lo stesso valga per la cortesia e la gentilezza del personale (che si configura come primo fattore di soddisfazione nelle strutture private e secondo nelle pubbliche).

Si evidenziano, invece, delle differenze piuttosto rilevanti in termini di valutazione sui tempi di attesa e sulla qualità della struttura e degli spazi, fattori rispetto ai quali, negli ospedali pubblici, si rileva un livello di insoddisfazione più elevato che nelle strutture private (accreditate e non).

In sintesi, tornando all'indagine SWG per ANAAO, 6 intervistati su 10 ritengono inadeguato ciò che offre loro il Servizio Sanitario rispetto a quanto pagano (in

Figura 2.15 **Trend dei giudizi positivi («molto soddisfatto» + «abbastanza soddisfatto») per le diverse tipologie di ospedali (2003-2008) (%)**



Fonte: elaborazione su dati Ermenea per «Ospedali&Salute», 2008

Tabella 2.21 **Aspetti specifici di soddisfazione rispetto a diverse tipologie di ospedali (%)**

	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco / per niente soddisfatto	Non saprei
Ospedale pubblico				
Competenza/professionalità degli operatori	33,6	56,2	9,0	1,2
Cortesia/gentilezza del personale	29,7	55,6	13,9	0,8
Qualità delle attrezzature tecnologiche	27,3	55,0	10,8	6,9
Risposta efficace della prestazione rispetto ai bisogni del paziente	26,6	55,0	15,7	2,7
Pulizia degli ambienti	25,8	55,6	17,1	1,5
Tempi di attesa	21,4	44,5	33,2	0,9
Qualità della struttura e degli spazi	20,8	51,6	24,7	2,9
Servizi amministrativi	13,3	49,2	15,8	21,7
Cibo	12,8	30,7	14,5	42,0
Ospedale privato accreditato				
Competenza/professionalità degli operatori	35,7	59,4	4,3	0,6
Cortesia/gentilezza del personale	40,4	51,6	8,0	
Qualità delle attrezzature tecnologiche	29,7	59,3	3,6	7,4
Risposta efficace della prestazione rispetto ai bisogni del paziente	31,2	58,1	8,8	1,9
Pulizia degli ambienti	47,3	47,0	5,4	0,6
Tempi di attesa	32,0	56,5	11,5	
Qualità della struttura e degli spazi	32,2	56,4	10,9	0,5
Servizi amministrativi	22,2	47,4	8,2	22,2
Cibo	16,7	25,8	11,0	46,5
Clinica privata non accreditata				
Competenza/professionalità degli operatori	45,2	49,8	3,5	1,5
Cortesia/gentilezza del personale	53,7	32,4	12,4	1,5
Qualità delle attrezzature tecnologiche	38,1	53,0	4,6	4,3
Risposta efficace della prestazione rispetto ai bisogni del paziente	35,3	56,1	5,1	3,5
Pulizia degli ambienti	38,3	47,4	12,8	1,5
Tempi di attesa	46,6	47,0	4,9	1,5
Qualità della struttura e degli spazi	28,2	53,1	15,2	3,5
Servizi amministrativi	22,4	58,1	10,2	9,3
Cibo	17,4	6,0	11,0	65,6

Fonte: Ermeneia per «Ospedali&Salute», 2008

Tabella 2.22 **Valutazione dei servizi sanitari ricevuti in relazione ai costi che il cittadino sostiene per gli stessi (%)**

	Dato medio	Nord	Centro	Sud e Isole
Molto adeguato	5	5	9	3
Adeguato	34	43	27	28
Inadeguato	49	46	53	52
Del tutto inadeguato	12	6	11	17

Fonte: Sondaggio SWG per ANAAO sul Servizio sanitario nazionale, 2009

maniera diretta e attraverso la fiscalità) (Tabella 2.22). Sul dato medio pesano ovviamente le risposte di quanti risiedono al Sud, che segnalano il loro malcontento, valutando le prestazioni ricevute non adeguate nel 70% dei casi. Anche al Nord la quota di quanti considerano adeguati i costi sostenuti per la sanità pubblica risulta inferiore al 50%. In conclusione, i cittadini si dichiarano abbastanza soddisfatti dell'assistenza ricevuta, ma ritengono che sia comunque troppo onerosa.

Appendice. Principali norme regionali (aggiornamento: luglio 2009)

Piemonte

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 6 agosto 2007, n. 18 – Del CR 24 ottobre 2007 n. 136 – DGR 17 dicembre 2007 n. 65-7819
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 10/1995 modificata da LR 64/1995, LR 61/1997 e dalla L.R. 6 agosto 2007, n. 18
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 8/1995 modificata da LR 64/1995, LR 94/1995 e 69/1996, LR 14/2005
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 80-1700/2000

Valle d'Aosta

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 5/2000 modificata dalle LR 1/2001, 18/2001, 25/2002, 13/2003, 21/2003, 1/2005, 15/2006, 21/2006
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 5/2000 LR 1/2001, 18/2001, 25/2002, 13/2003, 21/2003, 1/2005, 15/2006, 21/2006
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 19/1996 modificata da LR 5/2000 e 18/2001
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – LR 5/2000 modificata dalle LR 1/2001, 18/2001, 25/2002, 13/2003, 21/2003, 1/2005, 15/2006, 21/2006

Lombardia

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 31/1997 modificata da LR 15/1998, 15/1999, 1/2000, 2/2000, 18/2000, 3/2001, 6/2001, 17/2001, 26/2001, 28/2001; Del CR 401/2002 e Del CR 747/2003

- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 31/1997 modificata da LR 15/1998, 3/2001, 6/2001, 17/2001, 26/2001 e 28/2001
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 31/1997 modificata da LR 15/1998, 2/1999, 15/1999, 1/2000, 2/2000, 18/2000, 3/2001, 6/2001 e 17/2001
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 14049/2003 «Linee guida regionali per l'adozione del piano di organizzazione e funzionamento aziendale»

Provincia di Bolzano

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LP 7/2001
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LP 7/2001; LP 22/1993 e Del GP 3028/1999
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LP 14/2001
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Del GP 3576/2002

Provincia di Trento

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LP 10/1993 modificata da LP 10/1995, LP 12/2005
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Non definite
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LP 10/1993 modificata da LP 10/1995 Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'APSS
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LP 10/1993 modificata da LP 13/1993, 10/1995 e 3/1998

Veneto

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 56/1994
- ▶ *Legge di contabilità delle aziende sanitarie* – LR 55/1994 modificata da LR 5/1996, 6/1996, 14/1998 e 46/1999
- ▶ *Legge di organizzazione delle aziende sanitarie* – LR 56/1994, Del GR 3223/2002; Del GR 1015/2004; Del GR 1718/2004; Del GR 2058/2004; Del GR 2497/2004; Del GR 751/2005 e 1697/2007
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 3415/2002

Friuli Venezia Giulia

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 41/1993; LR 12/1994; LR 13/1995; LR 08/2001, LR 23/2004, LR 21/2005
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 12/1994, LR 14/06
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 49/1996 modificata da LR 32/1997, LR 3/1998, LR 13/1998
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 834/2005

Liguria

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 42/1994 modificata da LR 30/1998 e 25/2000, LR 41/2006
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 42/1994 modificata da LR 2/1997, 30/1998 e 25/2000 (quest'ultima indicata come totalmente sostitutiva della 42/1994); LR 1/2005; LR 41/2006 (Titolo II)
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 10/1995 modificata da LR 53/1995, LR 26/1996, LR 2/1997 e LR25/2000
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 1528/2000

Emilia Romagna

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 19/1994, modificata da LR 11/2000; LR 44/1995 modificata da LR 3/1999 e da LR 18/1999, LR 29/2004

- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 19/1994, modificata da LR 11/2000, LR 29/2004
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 50/1994, modificata da LR 11/2000
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – LR 29/2004; DGR 86/2006 e DGR 2011/2007

Toscana

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005 e LR 72/2005 e dalla LR 60/2008
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005, LR 72/2005 e dalla LR 60/2008
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005, LR 72/2005 e dalla LR 60/2008
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005, LR 72/2005 e dalla LR 60/2008

Umbria

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 3/1998 e le sue integrazioni: LR 29/2000, LR 35/2004, LR 15/2005, LR 16/2005
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 3/1998, integrata da LR 29/2000, LR 35/2004 e LR 15-16/2005.
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 51/1995, integrata da LR 9/2003 e LR 7/2004
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – LR 29/2000 (Allegato 2 del Piano Regionale), Del GR 314/2003

Marche

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 22/1994, modificata da LR 31/1995, LR 9/1996 e LR 26/1996; LR 13/2003
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 26/1996
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 47/1996
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 1117/2004

Lazio

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 18/1994, modificata da LR 14/1995, LR 8/1996, LR 40/1997, LR 37/1998, LR 24/2000, LR 10/2001, LR 12/2001, LR 8/2002, LR 11/2004, LR 15/2007
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 139/2007
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 18/1994, modificata da LR 14/1995, LR 8/1996, LR 40/1997, LR 37/1998, LR 24/2000, LR 10/2001, LR 12/2001, LR 24/2001, LR 8/2002, LR 11/2004, LR 15/2007
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 45/1996, modificata da LR 27/2006

Abruzzo

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 20/2006, modificata da LR 6/2007 e LR 5/2008
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 37/1999 (PSR 99-01), integrata da LR 93/2000 e LR 5/2008
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 146/1996, modificata da LR 123/1999, LR 15/2004, LR 20/2006, LR 34/2007
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 1115/2006

Molise

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 11/1997, modificata da LR 9/2005 e LR 18/08

- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 2/1997 e LR 9/05
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 11/1997 e LR 12/1997
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 153/2001

Campania

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 32/1994, modificata da LR 13/1997, LR 12/1998 e LR 3/2006
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 32/1994, modificata da LR 13/1997, LR 12/1998 e LR 16/2008
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 32/1994, modificata da LR 13/1997, LR 2/1998, LR 12/1998, LR 8/2000, LR 10/2002 e LR 28/2003
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 1346/2001; DGR 1758/2002

Puglia

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 36/1994, modificata da DGR 1429/2002 (Piano di riordino rete ospedaliera), LR 25/2006, LR 26/2006
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 36/1994, integrata da DGR 229/1996, LR 39/2006
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 38/1994, modificata da LR 19/1995, LR 16/1997, LR 14/1998 e LR 20/2002
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 830/2002

Basilicata

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 50/1994, modificata da LR 39/2001, LR 34/2001 e LR 12/2008
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 39/2001 e LR 12/2008
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 34/1995, modificata da LR 6/1996
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 2489/2000

Calabria

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 26/1994, modificata da LR 2/1996 e LR 11/1996
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 2/1996, modificata da LR 11/1996
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 43/1996 e LR 29/2002
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 316/2006

Sicilia

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 30/1993 – LR 5/2009
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 30/1993 e LR 5/2009
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – DA 24469/1998 e LR 8/2000, modificata da LR 26/2000, LR 2/2002, LR 4/2003 e circolare 7/2005
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DA 34120/2001

Sardegna

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 10/2006
- ▶ *Legge di organizzazione delle aziende sanitarie* – LR 10/2006
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 30/38 del 2007 e DGR 27/14 del 2008
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 10/1997, modificata da LR 10/2006

Bibliografia

- AIOP – Ermeneia Studi & Strategie di Sistema (a cura di) (2009), *Ospedali e Salute. Sesto Rapporto Annuale 2008*, Milano, FrancoAngeli.
- Airoldi G., Brunetti G. e Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- Borgonovi, E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, EGEA.
- Borgonovi E. e Zangrandi A., (1996). «Valutazione dei costi e dell'efficienza nei servizi sanitari» in Migione L. (a cura di) *Limiti e responsabilità nella destinazione delle risorse sanitarie*, Edizioni Orizzonte Medico.
- Cantù E. (2002), «La struttura del SSN italiano», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, Milano, EGEA.
- Cantù E. e Carbone C. (2004), «Gli assetti istituzionali dei SSR», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2004*, Milano, EGEA.
- Carbone C. (2003) «La mobilità dei direttori generali: aggiornamenti e integrazioni», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, EGEA.
- Carbone C. e Lecci F. (2005) «La struttura del SSN italiano», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Carbone C., Lecci F. e Liotta A. (2008) «La struttura del SSN italiano», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2008*, Milano, EGEA.
- Cutler D., Sheiner L., (1998) «Demographics and the Demand for Medical Spending: Standard and Non-Standard Effects», in A. Auerbach and R. Lee (a cura di), *Demographic Change and Fiscal Policy*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Del Vecchio M. e Carbone C. (2002), «Stabilità aziendale e mobilità dei Direttori Generali nelle aziende sanitarie», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, Milano, EGEA.
- Del Vecchio M. (2003), «Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- Fattore G. e Lecci F. (2005), «I piani sanitari delle Regioni italiane», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Herwartz H., Theilen B. (2003), «The Determinants of Health Care Expenditure: Testing Pooling Restrictions in Small Samples», *Health Economics*, 12, S. 113-124.

- Jommi C. e Lecci F. (2008) «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione» in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2008*, Milano, EGEA.
- Spillman B. C., Lubitz J. (2000), «The Effect of Longevity on Spending for Acute and Long-term Care», *New England Journal of Medicine*, 342 (19): 1409-15.
- Zuccatelli G., Carbone C. e Lecci F. (2009), *Trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale. Il punto di vista di un manager*, Milano, EGEA.